OPIEKUN SPOŁECZNY



MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY ZAGADNIENIOM
SŁUŻBY SPOŁECZNEJ W STOLICY

NUMER POŚWIĘCONY
ORGANIZACJI i WYTYCZNYM
DZIAŁALNOŚCI OŚRODKÓW
ZDROWIA i OPIEKI w WARSZAWIE

Nr 12-(27) XII.193

TREŚĆ:

OPIEKUN SPOŁECZNY

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY ZAGADNIENIOM SŁUŻBY SPOŁECZNEJ W STOLICY

Nr 12—(27) GRUDZIEŃ 1938 ROK III

JAN STARCZEWSKI.

Geneza Ośrodków Zdrowia i Opieki.

W wielu państwach Europy poglądy na istotę, zakres i metody opieki i pomocy społecznej już dawno uległy wielkim przeobrażeniom. Natomiast w Polsce dłużej niż gdzieindziej przetrwały poglądy z pierwszej połowy XIX wieku.

Okres opieki społecznej teoretycznie datuje się u nas dopiero od chwili wydania ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 r. Ustawa ta w rzeczywistości jednak nie stanowi całkowitego przełomu między okresami dobroczynności, a opieki społecznej, wprowadza bowiem właściwie jedyną istotną zmianę: zastępuje fakultatywność, która była cechą dobroczynności, obowiązkiem udzielania świadczeń z funduszów publicznych. Natomiast nie zmienia metody działania.

I dobroczynność i opieka społeczna w rozumieniu ustawy z 1923 r. ograniczają się do zaspakajania potrzeb człowieka i to raczej dopiero w chwili, gdy potrzeby te już zaistniały*). Ograniczają się zatem do ratownictwa, przy czym wspieranego sprowadzają do roli biernej.

Opieka społeczna zastąpiła w naszym kraju dobroczynność publiczną raczej tylko z powodu braku środków materialnych tej ostatniej, niż w wyniku ewolucji poglądów społecznych. I w dodatku zastąpiła ją tylko częściowo. Czymże bowiem, jak nie nadal dobroczynnością, pozostaje akcja pomocy prowadzona przez wiele stowarzyszeń i instytucji prywatnych z funduszów gromadzonych od społeczeństwa? Taki wniosek wyprowadza nie tylko w drodze interpretacji ustawy z 1923 r.,

---

*) Wspomina wprawdzie art. 1 ustawy, że opieką społeczną jest również zapobieganie wytwarzaniu się stanu, w którym człowiek nie jest w możności zaspokoić swych niezbędnych potrzeb życiowych własną pracą lub środkami materialnymi. Teza ta jednak nie znalazła należytego rozwinięcia w innych przepisach normujących opiekę społeczną.

ale i ze swego głębokiego przekonania dr J. Zawadzki w wykładach o opiece społecznej, wygłaszanych w Szkole Nauk Politycznych*).

I podobnego przekonania przez szereg lat po wydaniu ustawy z 1923 r. był olbrzymi odłam społeczeństwa, ba, nawet wielu wybitnych działaczy społecznych.

Tak więc wydanie ustawy o opiece społecznej nie było tym uderzeniem zegara, które kończy jeden wiek, a rozpoczyna następny. Dobroczynność bowiem publiczna i prywatna pozostały nadal.

Działalność samorządów w Polsce pod rządem ustawy z 1923 r. zmierzała w kierunku wykonania przede wszystkim art. 1, a mianowicie „zaspakajania niezbędnych potrzeb człowieka". Stan taki trwał czas dłuższy, aż wreszcie olbrzymia suma niepowodzeń, szczególnie rażących na tle wzrastającego bezrobocia, spowodowała w stolicy, a także w innych ośrodkach Polski, gwałtowną ewolucję poglądów na opiekę społeczną. Wynikiem ewolucji tych poglądów było poddanie rewizji dotychczasowej organizacji opieki i stosowanych przez nią metod działania.

Ze wspomnianych niepowodzeń, jednym z większych były w Warszawie wyniki pomocy mieszkaniowej. Dla licznej rzeszy bezdomnych wybudowano w Warszawie kilka kolonii baraków. Przepis ustawy z 1923 r. został wykonany. Ludzie ci otrzymali bowiem zgodnie z art. 3 p. b pomieszczenie (w niektórych schroniskach również z opałem i światłem). Pomieszczenie przeważnie bezpłatne — boć ustawa nie wspomina ani słowem o odpłatności świadczeń. I to właśnie mieszkanie stało się początkiem wielu dalszych nieszczęść. Stworzono środowisko, którego ludność, naturalnie zrzeszona przez wspólnotę położenia, przesiąknęła z czasem wszystkimi cechami charakterystycznymi dla psychiki ludzi przyzwyczajonych do życia na koszt społeczeństwa, jak kompletne zaniechanie starań o oparcie swej egzystencji o własne zarobki, brak poczucia solidarności ze światem pracy, zupełny brak obawy przed skutkami własnych nałogów i przestępstw itd.

W dodatku fakt powstania schronisk stał się dla niejednej rodziny mieszkającej „na mieście" zachętą do zrezygnowania z walki o utrzymanie dotychczasowego dachu nad głową (mimo, że szła im w tej walce z wydatną pomocą ustawa

*) Dr J. Zawadzki: Zasady opieki społecznej. Warszawa, 1935.

o ochronie lokatorów) i do podjęcia starań o przydział pomieszczenia w barakach.

Przykre jest każde niepowodzenie, szczególnie jednak przykre jest niepowodzenie wysiłków opieki społecznej. Bo niepowodzenie w opiece społecznej jest zazwyczaj równoznaczne ze szkodliwością działania. Ponad 16 milionów wydanych na budowę i zakup nieruchomości na urządzenie w nich schronisk dla bezdomnych i 3,3 milionów na dopłatę do prowadzenia schronisk w okresie od 1929 — 1938 r. są to pozycje, które w bilansie opieki społecznej nie tylko nie były w większości dodatnie, ale stały się wręcz ujemne.

Innym niepowodzeniem była działalność stacji opieki społecznej. Rozdawnictwo zapomóg pieniężnych, oparte przy tym na pobieżnie tylko przeprowadzonej przez „wywiadowcę“ kontroli stanu materialnego petenta zakończonej wnioskiem: „zasługuje“, bądź „nie zasługuje na zapomogę“, okazało się systemem społecznie szkodliwym, gdyż zaczęło przyzwyczajać rodziny do życia na koszt społeczeństwa. Nie tylko też nie powstrzymało rozkładowego oddziaływania nędzy, ale nawet zaczęło je przyśpieszać. Okazało się, że samo rozdawnictwo pieniędzy, czy też, jak głosi art. 3 p. a ustawy z 1923 roku, „dostarczanie żywności, bielizny, odzieży i obuwia“, nie tylko nie dźwiga człowieka, ale przeciwnie, utrwala stan jego degradacji społecznej, zwiększając przy tym zastęp ludzi coraz bardziej rezygnujących z wysiłków o odzyskanie samodzielności i z czasem, przez coraz umiejętniejsze wyzyskiwanie braku należytej koordynacji działalności stowarzyszeń i instytucji, sięgających równocześnie do kilku, a nawet niekiedy i kilkunastu źródeł pomocy.

Te, zarówno jak i inne niepowodzenia uczyniły prawdą oczywistą, że należy coprędzej zawrócić z dotychczasowej drogi. Trzeba jednak stwierdzić, że ułatwiły one wytyczenie nowych dróg, tak jak z drugiej strony ułatwiło je również wiele pozytywnych osiągnięć, szczególnie w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej.

Przede wszystkim przyjęto jako postulat naczelny, że zarówno instytucje opiekuńcze, jak i ci, którzy z ich świadczeń korzystają, muszą przejść z roli biernej do czynnej. Obywatel musi zrozumieć, że powinien liczyć przede wszystkim na własne siły, że nie może oczekiwać, iż społeczeństwo i działające w jego imieniu instytucje opiekuńcze będą stale utrzymywały

zarówno jego, jak i całą jego rodzinę, że natomiast zadaniem instytucji opiekuńczych jest dopomóc mu w cięższych okresach jego życia, w trudniejszych chwilach walki o byt. Lecz że walkę tę musi prowadzić przede wszystkim on sam.

Opieka społeczna — zaspakajanie potrzeb człowieka — zaczyna się przekształcać w pomoc społeczną — współdziałanie z człowiekiem w jego walce o samodzielność.

Pozostaje oczywiście nadal grupa osób, dla których jedyną formą świadczeń jest opieka społeczna — zaspakajanie potrzeb. Ograniczamy jednak kategorie korzystających z opieki do: dzieci, chorych, kalek i starców. Pomoc dla wszystkich pozostałych staramy się zorganizować przez bezpośredni kontakt opiekuna-wychowawcy społecznego z rodzinami, mający na celu stwierdzenie niepowodzeń życiowych w każdym poszczególnym wypadku i ratowanie rodziny przez zwalczanie źródła tych niepowodzeń. Stąd staje jako zadanie pomocy społecznej: walka z chorobą, z nieumiejętnością zarobkowania, ze złym pożyciem małżonków, zaniedbaniem i złym wychowaniem dzieci, nieślubnym macierzyństwem, alkoholizmem, stręczeniem do nierządu, prostytucją i całym szeregiem zjawisk, niszczących życie rodzinne i pozbawiających jednostki ich naturalnego oparcia o rodzinę.

Pomoc społeczna podnosi godność człowieka, budząc wolę naprawy, walczy zarówno ze złem stworzonym przez warunki, jak i tkwiącym w samych poszkodowanych, tworzy plan ratunku i wspólnie z zainteresowanymi dąży do ich podźwignięcia.

Pomoc społeczna nie ogranicza się przy tym do obejmowania swym zasięgiem tych tylko, którzy się o nią zgłaszają. Musi umieć dotrzeć i do tych, którzy o pomoc nie proszą, choć naprawdę jej potrzebują. Bo największa nędza nie potrafi rozpychać się łokciami, łatwo też jest odtrącana przez silniejszych, którzy tłoczą się w instytucjach opiekuńczych. Często prawdziwa nędza nie zgłasza się do instytucji, bo tyle ma w sobie godności, że jakąkolwiek pomoc nawet z funduszów publicznych uważa za poniżającą. Bądź tyle ma skrupułów społecznych, że boi się zająć miejsca innemu, bo może on jeszcze w cięższych znajduje się warunkach.

Musi pomoc społeczna dotrzeć i do tych spośród rodzin, które się same nie zgłaszają — które jako groźne zarówno dla nich samych, jak i dla otoczenia, muszą być objęte spe-

cjalną opieką i wobec których zachodzi niekiedy konieczność zastosowania środków wychowawczych przymusowych, a często nawet i represji.

* * *

Śmiało można nazwać wiek XX wiekiem profilaktyki — tak bardzo na czoło działalności zarówno jednostki, jak i zbiorowisk ludzkich wysuwa się chęć zapewnienia, by jutro było jasne, by zaoszczędzić nieszczęść i zbędnych cierpień.

Stąd coraz bardziej zwiększająca się troska o dziecko. Stąd powstanie i rozwój ubezpieczeń społecznych, stąd wspaniały rozwój higieny itd.

Stało się zatem oczywistym i to, że nie dość przekształcić opiekę w pomoc społeczną — trzeba również w programie działania uwzględnić w sposób należyty i profilaktykę. Działalność profilaktyczna musi być przy tym prowadzona w skali dwojakiej. Z jednej strony w szerszej, acz tylko pośredniej, poprzez sygnalizowanie (a do tego są organa służby opiekuńczej powołane w pierwszym rzędzie) konieczności zmian zarówno w całokształcie ustroju gospodarczego itp., jak i w poszczególnych ustawach ustrój ten normujących tak, by w ten sposób zarówno zapobiec powstawaniu nowych potrzeb opiekuńczych, jak i spowodować zmniejszenie się już istniejących. Dlatego to właśnie służba opiekuńcza stolicy zaczęła w r. b. domagać się wprowadzenia szeregu zmian ustawowych, jak np. poprawy prawnego położenia dzieci nieślubnych, skasowania zakazu poszukiwania ojcostwa, ustalenia przez państwo wytycznych polityki populacyjnej, wprowadzenia ulg dla licznych rodzin itd.

Z drugiej zaś strony działalność zapobiegawcza musi być prowadzona bezpośrednio przez służbę opiekuńczą, mając za przedmiot zarówno jednostkę, jak rodzinę, czy też całe środowiska.

Pierwszy Ośrodek Zdrowia — ten jeden z najdoskonalszych wyrazów troski o jutro — powstał w Warszawie w 1925 roku. Wyniki działalności tego Ośrodka, zarówno jak i przeszło 400, które w ślad za nim zorganizowano w całej Polsce, to najlepszy sprawdzian słuszności drogi, którą postępują. Jasnym się jednak stało, że sama tylko działalność, mająca na celu zaoszczędzenie cierpień z powodu choroby, bądź zapewnienie należytego rozwoju fizycznego człowieka nie wystarczy, że koniecznym się staje również podjęcie starań o zapobieganie życiowym niepowodzeniom, których źródłem obok

choroby, stać się mogą braki natury tak moralnej, jak i materialnej.

A dalej stało się pewnikiem, że przedmiotem zarówno działalności profilaktycznej, jak i pomocy społecznej musi stać się rodzina. Musi być ona przyjęta zarówno jako środek, jak i cel naszych poczynań. Zadaniem służby opiekuńczej staje się odbudowa, ochrona, moralne, fizyczne i gospodarcze umacnianie rodziny i tą drogą doprowadzanie jej do pełnej samowystarczalności.

W obliczu takiego ogromu zadań, jakie wymieniliśmy, stało się oczywistą koniecznością usprawnienie aparatu miejskiej służby opiekuńczej i zdrowotnej, powiązanie wszystkich wysiłków zarówno instytucji samorządowych, jak i społecznych oraz wciągnięcie do współpracy czynnika obywatelskiego, nie na platformie jednak dobrowolnej dobroczynności, a obowiązku wypływającego z poczucia solidarności obywatelskiej.

Stało się dalej oczywistym, że zarówno pracownicy zawodowi, jak i honorowi muszą w działalności swej mieć świadomość, że pełnią służbę — służbę jedną z najtrudniejszych i odpowiedzialnych, wymagających wiele poświęcenia.

Ze względu na wielki obszar, jaki zajmuje Warszawa, zaszła konieczność całkowitego zdecentralizowania akcji opieki otwartej. Z jednej bowiem strony chodziło o ułatwienie petentom dostępu do instytucji opiekuńczych, z drugiej zaś strony, skoro zdecydowano się rozpocząć akcję wychowawczego wpływania zarówno na poszczególne rodziny, jak i na całe środowiska, należało zapewnić bezpośredniość tego wpływania, a to było możliwe jedynie poprzez odpowiednie rozmieszczenie agend opiekuńczych w poszczególnych dzielnicach.

* * *

Te ewolucje poglądów, o których pokrótce wspominaliśmy, doprowadziły do szeregu zmian w organizacji opieki społecznej w stolicy. W ich to właśnie wyniku zostały również utworzone w 1935 r. Ośrodki Zdrowia i Opieki.

Czyniąc zadość licznie wypowiadanym życzeniom, poświęcamy niniejszy numer „Opiekuna Społecznego" przedstawieniu, choć w najzwięźlejszym zarysie, metody działania Ośrodków Zdrowia i Opieki w Warszawie i obecnego stanu ich organizacji, a także zadań, jakie czekają je w najbliższej przyszłości.

Mgr ANTONI CHACIŃSKI.

Organizacja Ośrodków Zdrowia i Opieki.

W okresie do 1934 r. opiekę otwartą — społeczną i zdrowotną — sprawowały w Warszawie następujące agendy:

1) Stacje Opieki Społecznej oraz czynni przy nich lekarze ubogich;
2) Ośrodki Zdrowia oraz urzędy sanitarne;
3) Lekarze i higienistki szkolne.

Stacje Opieki Społecznej miały za zadanie przyjmować zgłoszenia osób ubiegających się o pomoc z funduszów miejskich, badać stan materialny i rodzinny petentów oraz udzielać im pomocy w gotówce i naturze.

W dniu 1 kwietnia 1934 r. działało w stolicy 11 Stacji Opieki Społecznej. Przy Stacjach tych czynni byli lekarze ubogich, którzy wespół z pielęgniarkami leczyli ubogich chorych w domu, kierowali chorych do szpitali, ambulatoriów itd. Praca lekarzy nie była unormowana instrukcją i nie była kierowana przez odpowiednią komórkę Wydziału. Niezależnie od lekarzy na Stacjach, czynni byli również lekarze ubogich w schroniskach dla bezdomnych. Pracą tych lekarzy kierował w Wydziale naczelny lekarz schronisk dla bezdomnych.

Walkę z chorobami społecznymi i ze śmiertelnością niemowląt prowadziły w Warszawie Ośrodki Zdrowia. W dniu 1 kwietnia 1934 r. było ich 9 — obejmowały one swym zasięgiem obszar 22 komisariatów (na terenie I, VI, VIII i X Kom. Pol. Państw. zamieszkałych przez przeszło 200.000 mieszkańców — poradni Ośrodków nie było).

Przy Ośrodkach Zdrowia czynnych było 21 urzędów sanitarnych. Obejmowały one swą działalnością cały teren stolicy. Do zakresu ich działania należało:

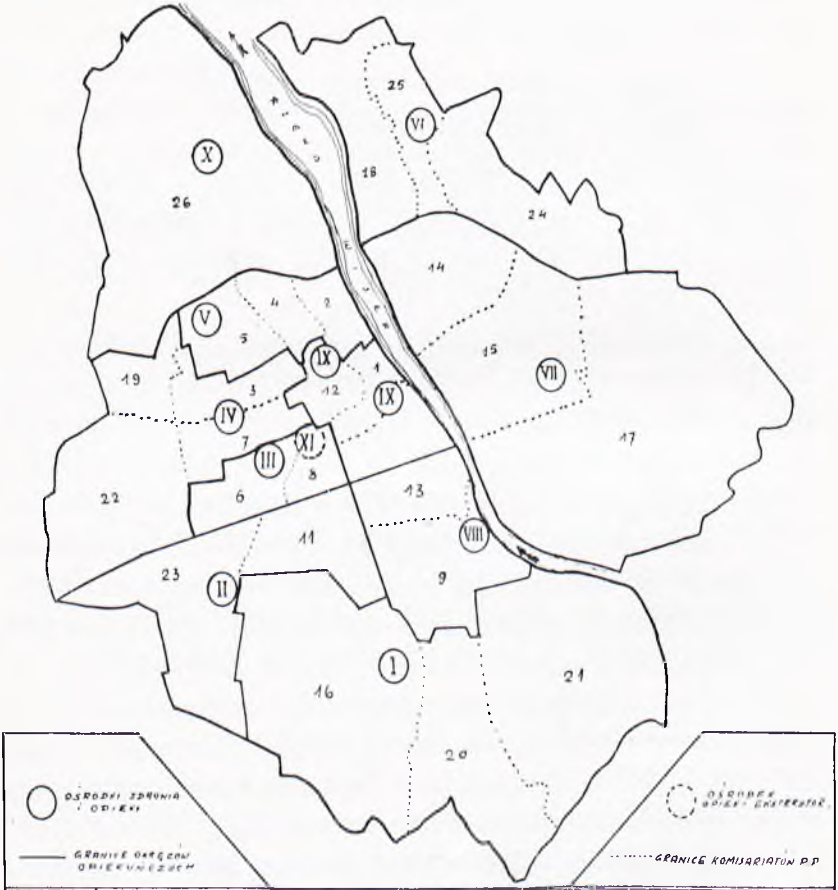
a) sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarnym miasta,

b) sprawowanie nadzoru nad wytwarzaniem i obiegiem produktów spożywczych,

c) zwalczanie chorób zakaźnych i zapobieganie ich szerzeniu się.

Opiekę higieniczno-lekarską nad przedszkolami, szkołami i gimnazjami itd. sprawowali lekarze szkolni i higienistki szkolne. Opieka ta była roztaczana nad dziećmi i młodzieżą

Podział m. st. Warszawy na Okręgi Opiekuńcze.



OKRĘG OPIEKUŃCZY	OBEJMUJE KOMISAR. P.P.	OBSZAR W HEKTARACH	LUDNOŚĆ WG STANU NA [illegible]	SIEDZIBA: DZIAŁ OPIEKI	SIEDZIBA: DZIAŁ ZDROWIA
I	XVI - XX - XXI	2668	77.380	PUŁAWSKA 97	
II	XI - XXIII	880	100.559	OPACZEWSKA 1	
III	VI - VIII	273	150.635	SREBRNA 12	
IV	III - VII - XIX - XXII	1086	244.275	OKOPOWA 1	
V	II - IV - V	430	208.208	SPOKOJNA 15	
VI	XVIII - XXIV - XXV	1170	50.395	SIEDZIBNA 25	
VII	XIV - XV - XVII	2688	132.926	GROCHOWSKA 337/339	
VIII	IX - XIII	599	102.760	CZERNIAKOWSKA 168	
IX	I - X - XII	374	125.312	KAROWA 2	ŚWIĘTOJERSKA 19a
X	XXVI	1639	49.051	MARYMONCKA 5a	
				OŚRODEK EKSTERYTORJALNY XI. ŻELAZNA 56	

zgrupowaną w 200 budynkach szkolnych rozsianych po całym mieście. Pracą lekarzy kierował bezpośrednio Wydział.

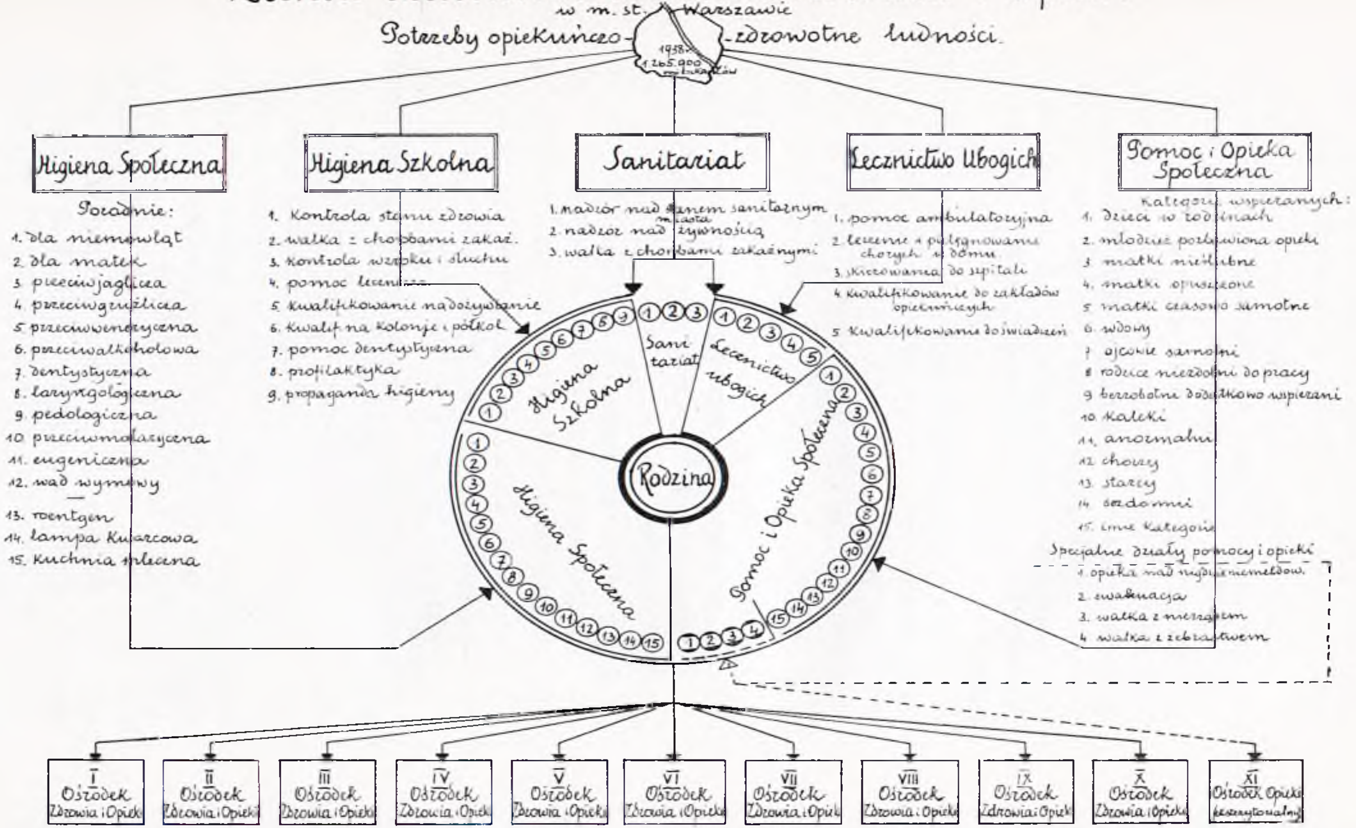
Działalność wymienionych wyżej agend opieki otwartej nie była skoordynowana. I nie tylko nie było tu koordynacji między Stacjami Opieki Społecznej, a Ośrodkami (którą to koordynację w ogromnym stopniu utrudniał fakt, że tereny działalności tych instytucji były różne i że zaledwie jedna tylko Stacja mieściła się we wspólnym lokalu z Ośrodkiem), ale nawet nie było koordynacji między działami służby zdrowia, którą sprawowały w terenie zarówno Stacje (lekarze ubogich), Ośrodki Zdrowia wraz z urzędami sanitarnymi, jak i lekarze szkolni.

W 1935 r. przeprowadzone zostały reformy w organizacji opieki otwartej (uchwały Kolegium Zarządu Miejskiego z dnia 25 kwietnia 1935 r. — powzięte po wysłuchaniu opinii Tymcz. Rady Miejskiej):

1. podzielono Warszawę na 9 okręgów opiekuńczych,
2. w każdym okręgu utworzono Ośrodek Zdrowia i Opieki, w którym pod wspólnym kierownictwem zgrupowano wszystkie czynne na terenie okręgu agendy opieki otwartej,
3. dla spraw opieki otwartej specjalnej utworzono odrębny Ośrodek (t. zw. Ośrodek eksterytorialny), obejmujący swą działalnością teren całej Warszawy,
4. przekazano Ośrodkom również wszystkie te sprawy z zakresu opieki otwartej, które dotychczas były załatwiane w I instancji przez biuro Wydziału.

Sprawa podziału stolicy na okręgi opiekuńcze natrafiła na dość poważne trudności. Wydział zdawał sobie sprawę, że nader wskazane byłoby wytyczenie takich granic, które pozwoliłyby wyodrębnić dzielnice, wymagające różnych metod pracy — że nadto dla tym łatwiejszego skoordynowania działalności z władzami administracji ogólnej, należało unikać tworzenia Ośrodków, których granice wykraczałyby poza obręb danego starostwa. Te względy przemawiały za zorganizowaniem 14 Ośrodków. Na przeszkodzie jednak w utworzeniu takiej liczby Ośrodków stanęły ograniczone możliwości budżetowe, przy wytyczaniu zaś granic — należało liczyć się z położeniem już istniejących lokali, przeznaczonych na pomieszczenia dla Ośrodków.

Zakres działania Ośrodków Zdrowia i Opieki



To też traktując raczej jako tylko tymczasowy, przeprowadzono w 1935 r. podział stolicy na 9 okręgów — tyle też w tym roku powstało Ośrodków Zdrowia i Opieki. W 1936 r. wydzielono nowy okręg i utworzono X Ośrodek Zdrowia i Opieki. Obecnie prowadzone są prace nad zorganizowaniem dalszych Ośrodków.

Podział stolicy na okręgi przedstawiliśmy na załączonym planie.

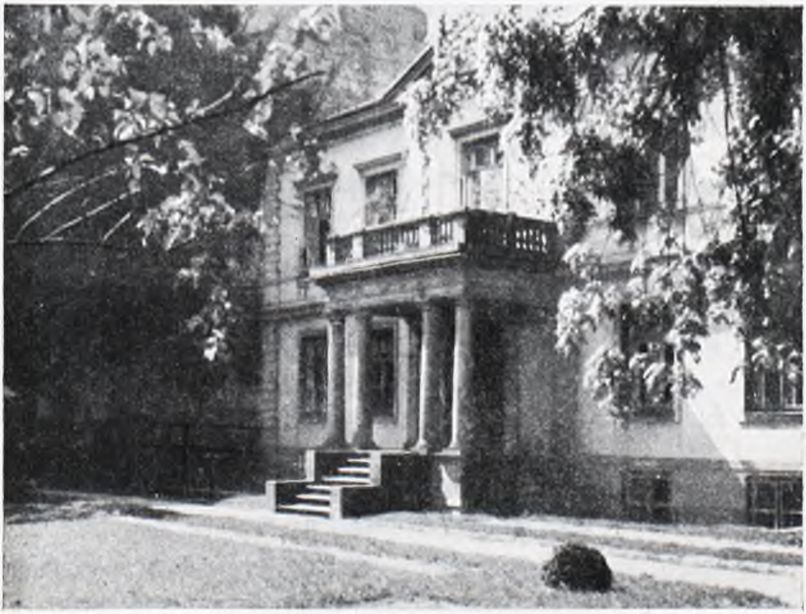
W pracy Ośrodka Zdrowia i Opieki wyodrębniać można pięć zasadniczych działów:

1) sanitariat — (zakres pracy urzędów sanitarnych),
2) higiena zapobiegawcza (zakres pracy dawnych Ośrodków Zdrowia),
3) higiena szkolna,
4) dział lecznictwa
5) pomoc i opieka społeczna

} znacznie rozszerzony zakres działania dawnych Stacji Opieki Społecznej.

Zakres pracy poszczególnych działów przedstawiony został graficznie — szczegółowiej zaś mówić będzie o nich szereg następnych artykułów.

Jak wspominaliśmy odrębna jest struktura organizacyjna XI-go Ośrodka, który ma zlecone sprawowanie opieki nad ni-



Wejście do nowego lokalu III Ośrodka (ul. Srebrna 12).

gdzie niemeldowanymi, ewakuowanymi z Warszawy oraz działy opieki specjalnej (walka z nierządem, żebractwem itd.).

Ośrodek Zdrowia i Opieki korzysta z szeregu urządzeń i instytucji pomocniczych. Mieszczą się one bądź w obrębie lokalu Ośrodka, bądź też w różnych punktach Okręgu Opiekuńczego. Są one przy tym prowadzone bądź we własnym zarządzie Ośrodka, bądź też przez organizacje społeczne. Z ważniejszych urządzeń i instytucji należy wymienić: kuchnie mleczne, kąpieliska, świetlice, żłobki, szwalnie, kursy gospodarstwa domowego itd.



VII Ośrodek Zdrowia i Opieki (ul. Grochowska 337).

Na czele Ośrodka stoi kierownik odpowiedzialny za całokształt jego działalności. Działem lekarskim kieruje naczelny lekarz. Prowadzi on prace personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego w Ośrodku. Lekarz naczelny ma do pomocy starszą pielęgniarkę, która jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek i higienistek. Działem opiekuńczym kieruje referent społeczny mający do pomocy rejestratorów i opiekunów miejskich. Nadto czynny jest w Ośrodku sekretarz-instruktor który ma zlecone zagadnienia pracy opiekunów społecznych oraz współpracy Ośrodka z instytucjami i organizacjami społecznymi czynnymi na terenie Okręgu.

Ponadto czynna jest w każdym Ośrodku kancelaria i rachuba. Prace Ośrodka regulują szczegółowe przepisy i instrukcje.

Obok należytej organizacji, dostatecznej liczby fachowego personelu oraz funduszów — powodzenie pracy Ośrodka w dużym stopniu zależy również od jego warunków lokalowych. Dlatego też w ostatnich latach podjęto starania o zapewnienie Ośrodkom odpowiednich pomieszczeń.

W okresie tym dokończono, przerwaną w swoim czasie na szereg lat, budowę gmachu II Ośrodka przy ul. Opaczewskiej 1. Nowe lokale otrzymały Ośrodki: IV — Ośrodek ulokowany został w domu przy ul. Okopowej 1, VIII — Ośrodek przeniesiono do specjalnie w tym celu przebudowanej części gmachu przy ul. Czerniakowskiej 168, IX — Ośrodek otrzymał pomieszczenie w domu przy ul. Dobrej nr 73.

W pierwszych dniach grudnia r. b. III Ośrodek przeniesiony zostanie do specjalnie w tym celu nabytej i przebudowanej nieruchomości przy ul. Srebrnej 12.

Lokale Ośrodków: piątego, szóstego i dziesiątego zostały znacznie rozszerzone, w najbliższym czasie rozszerzony zostanie również lokal VIII Ośrodka.

Prowadzone są w Wydziale prace przygotowawcze do budowy nowych gmachów, przeznaczonych na Ośrodki*).

Niezależnie od troski o należyte rozlokowanie Ośrodków Wydział stara się również o odpowiednie ich wyposażenie w kąpieliska (w najbliższym czasie już 6 Ośrodków będzie dysponowało własnymi kąpieliskami), rentgeny (w r. b. zakupiono trzy aparaty) i wszelkie pomocnicze urządzenia.

---

*) Model Ośrodka, którego budowę zamierzono na rok przyszły można oglądać na Wystawie „Warszawa wczoraj, dziś, jutro".

TYTUS CZAKI.

Rodzina głównym elementem pomocy ze strony Ośrodka.

Naród i państwo wywodzi się i opiera tak pod względem duchowym, jak i gospodarczym, na rodzinie, jako swej podstawowej komórce. To też zdrowie tej komórki jest sprawą główną. bowiem z jej zdrowiem wiąże się zagadnienie populacyjne Narodu. .Od pewnego czasu obserwujemy w pewnych środowiskach rozpadanie się tej komórki. Jest to skutek trudności gospodarczych, które państwo przeżywa ciągle jeszcze jako konsekwencje wojny światowej, wieloletniego kryzysu gospodarczego i wreszcie ciągle udoskonalającej się maszyny, która żywej sile rąk ludzkich odbiera pracę i rzuca dotkniętą bezrobociem rodzinę do szeregów lumpenproletariatu.

Ten stan rzeczy, znany dotychczas jako zjawisko krótkotrwałe — obecnie wystąpił w formie chronicznej przechodząc w drugie pokolenie, które urodziło się i wzrasta w atmosferze bezrobocia w rodzinie i nieznajomości stabilizowanych form bytowania, opartych na stałym budżecie domowym. Społeczeństwo nasze, a nawet czynniki miarodajne, zwrócone frontem do fascynujących je gigantycznych poczynań Narodu, zajęte tymi zagadnieniami — nie dostrzegają w dostatecznej mierze niebezpieczeństwa, jakie może powstać z rozpadu wielkiej ilości żywych dotąd komórek organizmu narodowego.

Spośród 25.000 z górą rodzin stanowiących przeszło 70.000 osób, które w roku 1937/38 korzystały z pomocy 10-ciu terytorialnych Ośrodków Zdrowia i Opieki — było kobiet, stanowiących element matek nieślubnych, wdów, matek opuszczonych, matek czasowo samotnych — ponad 10.000 osób; dzieci i młodzieży niespełna 32.000; ojców samotnych, rodziców niezdolnych do pracy, bezrobotnych dodatkowo wspieranych prawie 12.000; kalek, anormalnych, chorych, starców — ponad 15 i pół tysiąca. Do tego należy doliczyć mieszkańców Schronisk dla Bezdomnych, którzy tylko częściowo otrzymują pomoc z Ośrodków — przeszło 15.000; mieszkańców Domów Noclegowych z górą 27 i pół tysiąca; matek w Domach Matki i Dziecka — blisko 600; osób nigdzie nie meldowanych, które zgłosiły się o pomoc do XI eksterytorialnego Ośrodka — przeszło 11.000; ofiar nierządu blisko 1.700; rodzin eksmitowanych,

lub zagrożonych eksmisją blisko 3.000, co stanowi około 9.000 osób. Razem więc otrzymywało pomoc z Ośrodków oraz innych miejskich instytucji opiekuńczych ponad 135.000 osób. Cyfry powyższe nie uwzględniają tych, którym pomocy z różnych względów gmina udzielić nie mogła, co nie oznacza, aby oni tej pomocy nie potrzebowali. Tych jest około 81.000 osób.

Cyfra więc, jaką należałoby zamknąć ten ponury rachunek wyniesie przeszło 216.000 osób. Liczba ta nie jest ścisła, gdyż szereg osób może się powtarzać, jak np. mieszkańcy baraków lub domów noclegowych częściowo są również petentami Ośrodków itp. Natomiast jeśli chodzi o obraz liczbowy tej kategorii ludzi w Warszawie, to do liczby tej dodać by należało petentów Funduszu Pracy w stolicy, liczba których w sumie znacznie zwiększy podaną wyżej liczbę 216.000 osób, które wymagają jak najszybszego zajęcia się nimi w kierunku zasadniczego pokierowania ich losami aż do całkowitego usamodzielnienia się.

Wracając jednak do opieki społecznej stolicy — niestety, rachunki nasze nie zostały jeszcze zakończone. Ubiegły rok budżetowy zamknął się cyfrą 6.232 dzieci i 3221 dorosłych w opiece zamkniętej oraz 481 dzieci w rodzinach zastępczych. Dzieci są umieszczone w 119 zakładach, z których 92 są przeznaczone dla dzieci normalnych, zaś w 27 zakładach specjalnych są umieszczone dzieci umysłowo i fizycznie upośledzone, dzieci zaniedbane moralnie lub trudne do prowadzenia. Dzieci te, których wielki odsetek został podrzucony, w olbrzymiej większości są wynikiem stosunków przedstawionych w podanych wyżej cyfrach. To samo dotyczy dużej części starców, których rodziny nie mogąc ich utrzymać — kierują do zakładów opiekuńczych. W normalnych warunkach wielki ich odsetek pozostałby w rodzinach. Pensjonarze zaś Domów Pracy Dobrowolnej i Przymusowej rekrutują się również z tego środowiska i pobyt ich w tych instytucjach jest najczęściej skutkiem rozbicia rodziny. Musimy więc do podanej wyżej liczby 216.000 dodać 10.000 osób dorosłych i dzieci pozostających w zakładach zamkniętych na koszt miasta.

Jeżeli z powyższej liczby 10.000 osób pozostających w zakładach zamkniętych wydzielimy część starców leżących, którzy muszą zostać w zakładzie, oraz starców nie posiadających nikogo z rodziny, następnie dzieci, które muszą być wycho-

wywane w zakładach specjalnych, a także dzieci, które zostały oddane na wychowanie do rodzin zastępczych — to sprawę starców posiadających rodziny, oraz dzieci zdrowych, przebywających w zakładach dla dzieci normalnych — należałoby poddać rewizji.

W ubiegłym roku budżetowym wydano na opiekę zakładową dla dzieci zł 4.076.550.—, na opiekę nad dorosłymi — zł 1.746.240.—. Razem wydano na opiekę zamkniętą dla 9.934 dzieci i dorosłych zł 5.822.790.—. W tym samym czasie dla 25.482 rodzin liczących 70.171 osób pozostających na opiece Ośrodków wydano na cele opiekuńcze zł 2.931.000.—. Koszt utrzymania jednego dziecka w zakładzie zamkniętym wypada przeciętnie zł 607,26 rocznie, zaś przeciętna pomoc dla rodziny 3-osobowej wynosi rocznie 216 zł.

Ponieważ przeciętnie biorąc, rodziny na Ośrodkach nie korzystają normalnie w ciągu całego roku z opieki Ośrodka, dlatego też stosunek ten lepiej zilustruje następujące zestawienie:

Budżet roczny dla **6.713 dzieci** w zakładach zamkniętych
wynosi **4.076.550 złotych.**

Budżet roczny dla **25.482 rodzin,** liczących 70.171 osób, w czym jest 31.858 dzieci i młodzieży
wynosi **2.931.000 złotych.**

Wobec bardzo ciężkich warunków materialnych, mieszkaniowych i moralnych w jakich żyją ludzie, o których mowa — nasuwa się pytanie, czy świadomość różnicy w jakich żyją dzieci zakładowe, w stosunku do dzieci pozostających w tych rodzinach, nie jest sama w sobie propagandą wśród tych warstw za podrzucaniem dzieci i czy m. inn. zastraszające zjawisko masowych podrzucań dzieci w ostatnim okresie nie z tej świadomości czerpało zachętę do tych czynów?!

Nad tym pytaniem możnaby ewentualnie przejść do porządku, jeżeli mielibyśmy pewność, że gminie, choćby tak wielkim kosztem, udało się choćby tę część dzieci ocalić z tego potopu i wychować je według najwyższej skali na przyszłych obywateli kraju. Ale, czy tak jest w istocie? Czy istotnie zakład może odpowiedzieć pozytywnie na postawione przez nas pytanie?

W spuściźnie po epoce dobroczynności publicznej — opieka społeczna odziedziczyła zakład zamknięty, jako centrum opiekuńcze nad dziećmi i młodzieżą. Do tego zakładu obecna opieka społeczna wniosła wprawdzie udoskonalony —

wyższy system wychowawczy, ale samego problemu wychowania i przygotowania do życia dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej — nie rozwiązała. A jest to przecież ważny problem społeczny. Dzieci te niedługo będą stanowić ponad jeden procent ludności stolicy i nie jest obojętnym, czy wkład włożony w ich wychowanie zrównoważony zostanie przez wkład, jaki one włożą w przyszłości do życia narodu i państwa. Dziś już jedno jest pewne, że wkład ten będzie mniejszy, aniżeli wkład tej samej liczby dzieci wychowanych w rodzinach. Różnica ta istnieje nie tylko dlatego, że dzieci te są eugenicznie słabsze, ale przede wszystkim dla tego, że zostały one wychowane nie w rodzinie, a w zakładzie. Rodzina bowiem, a nie zakład jest podstawową komórką w organiźmie narodowym i zespala się z nim, jak kropla wody z oceanem. Dziecko zaś zamknięte w zakładzie do 18-go roku życia, który to okres jest rozstrzygającym etapem jego rozwoju, kontaktuje się ze światem zewnętrznym za pośrednictwem wychowawcy — i jest tą kroplą, która wprowadzona została do tego oceanu w szklanej retorcie. Skutki tego stanu rzeczy obserwujemy już przy pierwszym zetknięciu się na ławie szkolnej dziecka zakładowego z dzieckiem wychowanym w rodzinie. Zdawałoby się, że dziecko przez dziecko najłatwiej zostanie wprowadzone do życia istniejącego poza murami zakładu. A jednak praktyka wykazuje, że dzieci te, mimo wzajemnych wysiłków, nie mogą znaleźć ze sobą wspólnego języka i ostatecznie zaczynają dzielić się na grupy — na „my“ i „wy“, co staje się pierwszą, głęboko odczutą tragedią przede wszystkim przez dzieci zakładowe. I na to zjawisko, jak dotąd, zarówno nauczyciel w szkole, jak i wychowawca w zakładzie opuszczają bezradnie ręce.

Jeżeli dziecko zakładowe nie może się zespolić już ze swym rówieśnikiem z ławy szkolnej, to o ileż w trudniejszej pozycji znajduje się wychowanek zakładu, kiedy po ukończeniu szkolenia zawodowego znajdzie się oko w oko z życiem, które dotąd znane mu było jedynie z książek, opowiadań wychowawców oraz kontaktów z kolegami szkolnymi. Musi on w gwałtownym tempie nałamywać się do skomplikowanych wymagań tego życia, do jego twardych warunków i bezwzględnych skutków za popełnione błędy. Takie trudności może przezwyciężyć jedynie człowiek zahartowany życiowo, a on tego hartu nie mógł przecież nabyć w cieplarnianej atmosferze życia zakładowego. To też przez czas dłuż-

szy jego przydatność życiowa z konieczności jest niższa, aniżeli jego kolegi wychowanego w rodzinie, przez którą z tym życiem się zespolił i jest dzieckiem warunków, w jakich rozpoczyna samodzielne bytowanie.

Życie, niestety, nie nałamie się do specyficznych warunków wychowania zakładowego — trzeba więc kierunek wychowawczy dzieci z zakładów dostosować do wymogów życia. A to znaczy, że dziecko normalne i zdrowe trzeba zabrać z zakładu i zwrócić rodzinie, a jeśli dziecko tej rodziny nie posiada — oddać je do rodziny przybranej, która je adoptuje, albo do rodziny zastępczej, która je wychowa jak swoje.

Opieka przyzakładowa Domów Matki i Dziecka oraz Pogotowia Opiekuńczego początkowo była bezradna przy poszukiwaniu rodzin, które podrzuciły dzieci. Dziś jednak już 65% tych rodzin zdołano odnaleźć, a dzięki umiejętnym działaniom zapobiegawczym procent ten będzie się stale zwiększać. Odszukanie jednak rodziców, lub matki samotnej dziecka nie rozwiązuje sprawy, albowiem w przytłaczającej większości wypadków rodziny te nie są zdolne do przyjęcia dziecka z powrotem. Przeciwnie, jeśli te rodziny nie pozostają również pod opieką Ośrodka, to znajdują się w warunkach, w których dziecka albo nie mogą wziąć na wychowanie, albo co gorsza, dziecka na wychowanie im dać nie można, gdyż przede wszystkim je same trzeba otoczyć opieką i wychować — przygotować do samodzielnego życia, zatrudnić, pomóc do zorganizowania domu, do scalenia rozbitej rodziny itp., nim można będzie zwrócić im dziecko, które porzuciły. Jeszcze trudniej sprawa się przedstawia, jeśli matką dziecka okaże się służąca, która dziecka wziąć do siebie nie może pod rygorem utraty pracy, albo matką nieślubną dziecka okaże się młoda uwiedziona dziewczyna, która nie posiada własnego domu, a do rodziców, często bezrobotnych, niebezpiecznie jest dziecko oddawać.

Przy wysiłku jednak Ośroka i przy pośrednictwie opiekuna społecznego udaje się często znaleźć rozwiązanie i dziecko zostaje ulokowane wspólnie narazie kosztem matki i Ośrodka bądź u rodziny matki, bądź u krewnych, bądź u znajomych, ale fakt został dokonany — dziecko odzyskało matkę, a często i oboje rodziców — i odwrotnie. Rodzina została złączona.

Jeśli jest to rodzina dotknięta jedynie przez los, a nie zdeprawowana do granic, gdzie utraciła kwalifikacje i prawo

do wychowania własnych dzieci — to przy umiejętnych zabiegach Ośrodka i opiekunów społecznych bardzo często udaje się małżeństwa, które się rozeszły — z powrotem złączyć— a związki nieślubne skłonić do zawarcia małżeństwa dla dobra dzieci. Jeśli rodzina jest bez pracy, w nędzy, bez mieszkania, bez fachu — Ośrodek przygotowuje ją do zawodu, kierując jej członków na organizowane przez siebie lub opiekunów społecznych, oraz inne organa opiekuńcze kursy szkoleniowe, zakupuje jej własny warsztat pracy, który staje się źródłem jej utrzymania, prowadzi przez swoje poradnie procesy alimentarne chroni ją przed eksmisją lub też wynajmuje jej mieszkanie. — Opiekunowie społeczni organizują Spółdzielnie Pracy, Kasy Bezprocentowe, warsztaty szkoleniowe dla dorastającej młodzieży — wszystko z nastawieniem bądź wyszukania pracy, bądź organizacji warsztatów zbiorowych lub indywidualnych, zmierzających do usamodzielnienia rodzin.

Praca ta wymaga całego aparatu fachowego na Ośrodku i olbrzymiego wysiłku bezinteresownej, pełnej samozaparcia pracy opiekunów społecznych. Rodzina wykolejona, stanowiąca do niedawna element rozkładu społecznego — wraca do społeczeństwa, jako zdrowa komórka, której zostało zwrócone porzucone przez nią własne dziecko. Ma to również i duże znaczenie fiskalne. Wychowanie dziecka w zakładzie kosztuje gminę około 10.000 zł, nie licząc pomocy finansowej dla rodziny. Ma to również znaczenie zapobiegawcze: mężczyzna wykolejony znajduje się o krok od przestępstwa — kobieta wykolejona — o krok od prostytucji. Zapobieganie tym procesom nie da się wyrazić żadną cyfrą, jaką korzyść z tego wyciągną — państwo i społeczeństwo.

Usamodzielnienie rodziny nie jest równoznaczne z zaprzestaniem interesowania się dzieckiem, które gmina zwróciła rodzinie z zakładu. Ośrodek nie tylko interesuje się tym dzieckiem nadal w razie potrzeby przez pewien czas dopłaca rodzinie pewną kwotę na jego utrzymanie, do czasu póki warunki materialne tej rodziny nie umożliwią jej całkowitego zrzeczenia się pomocy materialnej Ośrodka.

Ośrodek i opiekunowie społeczni roztaczają nadal opiekę nad dzieckiem zwróconym z Zakładu oraz nad pozostałymi dziećmi w rodzinie. Gdy matka, lub oboje rodzice idą do pracy — niemowlę idzie do żłobka, starsze dzieci do przedszkola lub szkoły, nad chorymi Ośrodek roztacza opiekę lekarską. Opiekun społeczny czuwa, aby dzieci, zwłaszcza

w zimie, zaopatrzyć w odzież i buty, dostarczyć im książek do nauki, jeśli rodzice im kupić ich jeszcze nie mogą — dba, aby dzieci były dożywiane bądź w szkole, bądź przez powołane do tego instytucje — w lecie kieruje je na półkolonie, w razie potrzeby na kolonie letnie, lub kolonie lecznicze. Jednym słowem dziecko jest otoczone opieką wychowawczą nie gorszą aniżeli w zakładzie opiekuńczym, zato znacznie tańszą. Doświadczenie wykazało, że dzieci dobrze wychowane łatwiej trafiają do serc rodziców, którzy pod wpływem zwiększającego się przywiązania do nich — sami podciągają się do ich poziomu, pozbywając się częstokroć nałogów, które były przyczyną ich upadku.

Wielką trudność przy usamodzielnianiu rodzin, a zwłaszcza matek samotnych jest brak żłobków. Warszawa posiada ich 14, prowadzonych przez organizacje społeczne, która to liczba jest nie wystarczająca i wskutek tego wiele matek nie mając gdzie zostawić niemowlęcia — nie może przyjąć ofiarowanej im pracy i pozostaje na utrzymaniu Ośrodka wraz z dzieckiem. Ten stan rzeczy jest również jednym ze środków propagandy podrzucania niemowląt.

Dziecko w okresie przedszkolnym znajduje się już w lepszych warunkach. Wydział Oświaty i Kultury prowadzi na terenie Warszawy z górą 150 przedszkoli, do których Ośrodki kierują dzieci swoich petentów. W roku bieżącym skierowano do przedszkoli 3.720 dzieci.

Kursy gotowania organizowane przez Biuro Pośrednictwa Pracy, prowadzone na zlecenie miasta przez Obywatelski Komitet Pomocy Społecznej, w przyszłości mają szkolić rocznie do 1.000 matek i przysposabiać je do zawodu pomocnic domowych, kucharek itp. Ponadto szwalnie na Ośrodkach organizowane przez opiekunów społecznych i organizacje społeczne przeszkalają pewną ilość matek, z których zdolniejsze usamodzielnia się drogą zakupywania im maszyn do szycia.

Te i wiele innych poczynań zostały zapoczątkowane na Ośrodkach. Prace te wykonywane są prawie bez specjalnych budżetów i bez specjalnie do tego powołanego personelu. Opiekunowie społeczni w pierwszym rzędzie zostali do nich wciągnięci, ale rozmiar potrzeb na tym odcinku przerasta i ich siły — zarówno liczebne, jak i finansowe. To też z konieczności w poczynaniach tych zaznacza się pewna dorywczość z braku szczegółowego planu działania ze strony Wydziału, krępowanego brakiem budżetu na te prace. Poszczególne pla-

cówki powstają samorzutnie, wywołane koniecznością życiową — często rwie się ta praca pod naciskiem przeszkód zewnętrznych — ale w ogólnym rocznym rachunku daje duże wyniki. Duże — w stosunku do tego, co było wczoraj, albo w stosunku do możliwości finansowych i personalnych. W stosunku jednak do potrzeb, jakie stoją przed tym zagadnieniem — jest to ciągle jeszcze kropla w morzu. Nie mniej jednak drogi, na jakie zagadnienie to wchodzi na terenie opieki społecznej, wskazują, że sprawa ta dojrzała do tego, aby przystąpić w ogóle do jej rozwiązania.

Z kolei więc, trzeba postawić pytanie, kto jest powołany do tego rozwiązania i czy sprawę tę można rozwiązać przez placówki opiekuńcze samorządu, czy też jest to problem szerszy, przerastający możliwości tego typu placówek. Nie ulega wątpliwości, że problem ten wymaga odpowiedniej koniunktury gospodarczej, która w chwili obecnej staje się coraz bardziej sprzyjającą dla akcji na tym terenie. Ale życiu gospodarczemu trzeba przez planową akcję dopomóc do wessania tych nieprodukcyjnych dotąd elementów do swego organizmu, nie tylko przez przygotowanie z tych szeregów fachowych sił, ale i przez tworzenie uzasadnionych gospodarczo warsztatów. Opieka społeczna jest z tym problemem o tyle związana, że posiada ewidencję potrzeb żywej siły ludzkiej, którą by należało przygotować i wprząc do tej pracy. Gmina sama jednak tego nie rozwiąże, jeśli z pomocą jej nie przyjdzie państwo. Mniej więcej równoległe z opieką społeczną prace na tym odcinku prowadzi Fundusz Pracy. Te dwie instytucje przy współdziałaniu organów fachowych, jakimi są Ministerstwo Przemysłu i Handlu, Izba Przemysłowo-Handlowa, Izba Rzemieślnicza itp. zdaniem naszym winny tę pracę podjąć w sposób planowy. Jest to sprawa pilna, gdyż na akcję tę czeka, tylko na terenie stolicy, ćwierćmilionowa rzesza ludzi wykolejonych, wśród których powstają procesy rozkładu moralnego i przestępczości.

MGR HELENA JAWIDZYK.

Sprawa mieszkaniowa.

Sprawa mieszkaniowa w Warszawie stała się szczególnie palącą od 1919 r i to zarówno na skutek raptownego zwiększenia się ludności napływowej, jak i braku właściwej polityki mieszkaniowej. Do roku 1926 państwo na odcinku mieszkaniowym czyniło b. mało, kredyty zaś, które przyznawano na budownictwo spółdzielcze, służyły jedynie na popieranie budowy lokali większych.

W tych warunkach miasto zmuszane było przyjmować, ponad swe możliwości pomieszczenia, całe rzesze ludzi przegrupowanych w sposób bezplanowy na skutek akcji wojennej. Stało się to przyczyną nadmiernego zagęszczenia miasta, gdzie wobec braku mieszkań, wszelkie możliwe jeszcze do wykorzystania pomieszczenia zostały użyte na lokale mieszkalne. Głód mieszkaniowy pociągnął za sobą handel mieszkaniami, spekulację wyzyskiwaczy, którzy nawet piwnice, strychy i pomieszczenia inwentarskie na peryferiach zamieniali na lokale mieszkalne.

Temu katastrofalnemu stanowi rzeczy sekundował ponadto nastrój psychiczny człowieka powojennego, który pod wpływem przeżyć wojennych stawał się dziwnie apatyczny, niezdolny do walki życiowej i godzący się na wszelką formę bytu, byle nie wymagającą wysiłku.

Wprowadzona w roku 1924 Ochrona lokatorów, utrwaliła wśród mas przekonanie, że za mieszkanie w ogóle płacić nie należy. Jako następstwo tego rodzaju orientacji powstały kategoryczne żądania bezpłatnego mieszkania jako obowiązku ustawowego. Częstokroć lokator, usunięty za złośliwe niepłacenie komornego, lub sprzedający mieszkanie dla zysku, żądał od miasta w drodze gróźb i terroru dachu nad głową. W ten sposób pozycja mieszkaniowa znikała z budżetu rodziny. Żądania tego rodzaju zgłaszali nie tylko ustawowo uprawnieni, ale i ci, którzy ściągali do wielkiego miasta z odległej nieraz prowincji w nadziei uzyskania pracy lub bezpłatnej opieki. Głód mieszkaniowy dokuczliwy wśród okresów dobrej koniunktury pogłębiony został jeszcze przez kryzys i bezrobocie, co w połączeniu z rozluźnieniem węzłów rodzinnych, wywołanych wojną oraz szerzącą się demoralizacją (pijaństwo, prostytucja) powodowało rozpadanie się rodziny.

Potrzeba mieszkania, jako pierwszy warunek bytowania człowieka, jest naturalną potrzebą, tak niezbędną, jak potrzeba jedzenia, czy ubrania — brak tej potrzeby jest czymś patologicznym.

O ile w stosunku do jednostki mieszkanie spełnia doniosłą rolę, o tyle w stosunku do zespołu jednostek, stanowiących rodzinę, jest ono podstawą jej istnienia. Brak mieszkania w pierwszym rzędzie rozbija rodzinę rozpraszając jej członków, a tym samym czyni ją fikcją. Mieszkanie jest tą bazą, na której możemy rodzinę otoczyć systematyczną i racjonalną opieką.

Pomoc Ośrodka w dziale mieszkaniowym zmierza w kilku kierunkach, których ideą jest utrzymanie i podniesienie rodziny. Ośrodek podejmuje pracę profilaktyczną, polegającą na utrzymaniu mieszkania i ratowniczą, polegającą na udzielaniu dachu rodzinom pozbawionym mieszkania.

Niewątpliwie akcja profilaktyczna jest społecznie racjonalniejsza, gdyż rodzina, która nie utraciła dachu, nie przeżyła deprymującego faktu eksmisji — jest społecznie silniejsza. Ośrodek w stosunku do tej kategorii rodzin, poza pomocą materialną, stosuje metody stałego kontaktu, mającego na celu rozbudzenie i pogłębienie zamiłowania do własnego mieszkania i wyrobienia nawyku systematycznego płacenia komornego. W rodzinach, których zarobki pozwalają na uiszczenie komornego w całości, jednorazowo lub w ratach tygodniowych, prace Ośrodka sprowadzają się do systematycznego pilnowania, aby te „opłaty" były dokonywane. Jeżeli nie można osiągnąć rezultatów w drodze perswazji, stosuje się nawet silniejszy argument w postaci wstrzymania świadczeń z innego działu Ośrodka.

Za rodziny niesamowystarczalne wpłaca się komorne, czynią to sami wspierani, którzy przed otrzymaniem zapomogi legitymują się opłaconymi kwitami z poprzedniego miesiąca.

Inaczej przedstawia się sprawa, gdy do Ośrodka zgłasza się rodzina zagrożona eksmisją na skutek długotrwałego niepłacenia komornego. W takim wypadku Ośrodek, który nie jest w stanie pokryć całej należności, udziela zapomogi na opłacenie bieżącego komornego i nawiązuje kontakt z gospodarzem domu lub głównym lokatorem dążąc do polubownego załatwienia sporu.

Podkreślić tutaj należy, że uspołecznienie właściciela domu, który wyraża swą zgodę na redukcję zaległości mieszka-

niowej lub rozłożenie tej zaległości na bardzo drobne raty, nie tylko ratuje rodzinę przed eksmisją, ale jest bardzo ważnym czynnikiem w jej podniesieniu społecznym, z jednej strony bowiem usuwa z oczu rodziny widmo eksmisji, a więc bezdomności z drugiej zaś ma ten dodatni wpływ, że rodzina z chwilą uregulowania sprawy komornego podnosi się w opinii własnej i otoczenia, wchodząc tym samym do rzędu „porządnych", wypłacalnych lokatorów.

Prowadzenie sprawy o przymusową eksmisję, w warunkach dobrej woli zadłużonego lokatora, nie daje gospodarzowi zysków, a społecznie niszczy rodzinę.

W wypadku bezkompromisowego ustosunkowania się gospodarza domu, rodzina zagrożona eksmisją otrzymuje pomoc prawną. Polega ona na wykorzystaniu przez adwokata Ośrodka przysługujących z mocy prawa ulg i przywilejów w celu odroczenia eksmisji. Od chwily wejścia w życie Ustawy o ochronie lokatorów pomoc tę udzielało Biuro Porad Prawnych; od początku 1936 r. pomoc prawna zorganizowana została przy każdym Ośrodku Zdrowia i Opieki.

Specjalną kategorię petentów, zagrożonych eksmisją nie z winy własnej, stanowią lokatorzy usuwani na skutek zarządzenia władz administracyjnych. Niejednokrotnie sumienie społeczne właściciela domu nie pozwala mu skrzywdzić poszkodowanych biedaków i wówczas zostaje rodzinom wypłacone odszkodowanie. Jeżeli jednak braknie tej dobrej woli, żądanie, wysunięte ze strony Ośrodka o odszkodowanie przewidziane ochroną lokatorów, rozbija się o nakaz eksmisji, motywowany względami bezpieczeństwa.

W razie otrzymania odszkodowania, ekwiwalent ten oraz pomoc Ośrodka dają pokrzywdzonym skromną możność zdobycia dachu nad głową. Zaznaczyć należy jednak, że rodziny eksmitowane z podanych wyżej przyczyn rzadko kiedy znajdują lokale samodzielne, zazwyczaj powiększają grono sublokatorów i rozpoczynają życie wegetacyjne we wspólnych lokalach, gdzie przebywa po kilka rodzin razem.

Pomoc mieszkaniowa udzielana przez Ośrodek rodzinom pozbawionym mieszkania na skutek eksmisji, wywołanej chronicznym niepłaceniem komornego, obejmuje przeważnie rodziny bezrobotnych, obarczonych liczną rodziną, wdowy z dziećmi, rodziny niezdolnych do pracy oraz rodziny zubożałe oddawna, tak już zdemoralizowane ciągłą biedą, że zupełnie są pozbawione siły i chęci do walki z przeciwnościami. Ustabili-

zowanie tego typu rodzin w nowo-wynajętym lokalu wymaga żmudnej pracy Ośrodka, stałej, pieczołowitej troski o dostarczenie, poza pomocą mieszkaniową, najniezbędniejszych środków utrzymania. Sprawa mieszkania łączy się w tych wypadkach z całym szeregiem innych świadczeń i sprowadza się do zagadnienia usamodzielnienia rodziny.

Najtrudniejszy element z pośród wyeksmitowanych stanowią tak zwane rodziny uciążliwe z powodu stałej niewypłacalności, rekrutujące się z mętów społecznych, przeważnie rodziny zawodowych przestępców lub alkoholików. Takie rodziny nie obawiają się eksmisji, przeciwnie wyeksmitowane terroryzują gospodarza domu i pozostałych lokatorów, otrzymując niejednokrotnie odszkodowanie pieniężne byle tylko zgodziły się opuścić teren domu.

Interwencja Ośrodka w takich wypadkach okazuje się niewystarczająca i bezskuteczna, dopiero represja, w postaci interwencji policji, kładzie kres awanturom i zmusza do likwidacji koczowiska wyeksmitowanej rodziny. Rodziny takie często koczują na podwórzach i ulicach, żerując na taniej filantropii społeczeństwa i w tej drodze wymuszają pomoc społeczną, zużywaną bynajmniej nie na zdobycie mieszkania. W wypadkach przytoczonych zapomogi na mieszkanie udziela Ośrodek b. ostrożnie. Opiekun miejski lub społeczny sam wpłaca za komorne gospodarzowi domu, a w następnym etapie prac Ośrodka nad tego typu rodziną, zapomogi mieszkaniowe zostają udzielane po wylegitymowaniu się petenta kwitami za uregulowane komorne z poprzedniego miesiąca.

Jakkolwiek praca podejmowana przez Ośrodek w stosunku do tego typu rodzin jest bardzo ciężka, ułatwianie jej poprzez umieszczanie tych rodzin w barakach miejskich jest ze wszech stron niepożądane. Tworzenie bowiem wielkich skupisk ludzi małowartościowych utrudnia, a często nawet przekreśla, prace wychowawcze, jest ponadto groźne ze względu na bezpieczeństwo publiczne. Rodzina małowartościowa w zespole ludzi podobnych sobie nie ma możności dźwignięcia się, trudna jest do opanowania i otoczenia jakąś programową opieką. Sytuacja jest tym groźniejsza, że rodziny te, przeważnie bardzo liczne, obarczone są dziedzicznie: fizycznie i psychicznie, wymagają zatem troskliwej pomocy, a przede wszystkim odpowiedniego wartościowego otoczenia.

Uaktywnienie takiej rodziny w pracy nad swoim dźwignięciem się nie może odbywać się w zespole temu przeciwdzia-

łającym. Dlatego też racjonalna pomoc dla tej najuciążliwszej kategorii rodzin nie może iść po linii najłatwiejszego rozwiązania, w sensie umieszczania tych rodzin w barakach, czy przytułkach, ale dążyć musi do stworzenia takiego zespołu warunków, aby warunki mieszkaniowe nie paczyły rodziny i nie pogrążały jej w otchłani zgnilizny moralnej i nędzy, ale ją podnosiły.

Pomoc udzielona rodzinom wyeksmitowanym w ciągu ostatnich trzech lat, a obejmująca jedynie jednorazowe zapomogi na wynajęcie nowych lokali, przedstawia się w cyfrach następująco:

rok	ilość rodzin	suma
1934	935	60.115.—
1935	1515	60.865.—
1936	1968	107.282.—
1937	2168	124.548.—

Dzięki przeprowadzeniu tak zasadniczej zmiany w dotychczas stosowanych formach pomocy mieszkaniowej stało się możliwym nie tylko zahamować masowy dopływ nowych mieszkańców do baraków dla bezdomnych (a ta forma pomocy bezdomnym była do niedawna stosowana jako jedyna), ale nawet — olbrzymim coprawda wysiłkiem — „rozładować" częściowo baraki oraz zlikwidować część istniejących (w 1935 r. rozebrano baraki przy ul. Okopowej 5, w latach następnych baraki na Powązkach oraz część schroniska na Żoliborzu; ponadto zlikwidowano schronisko przy ul. Leszno 96).

Liczby mieszkańców baraków dla bezdomnych:

Przybyło			Wypisano		Stan na 1.IV		
rok	rodzin	osób	rodzin	osób	rok	rodzin	osób
1934/5	296	2 057	314	1.809	1934	3.966	17.260
1935/6	33	84	182	630	1935	3.948	17.508
1936/7	45	413	379	1.764	1936	3.799	16 962
1937/8	29	408	171	1.019	1937	3.463	15.749
					1938	3.360	15.188

W dniu 1. X. r. b. w schroniskach dla bezdomnych było:

	rodzin	osób
	3.297	14.869
w tym w schronisku na Annopolu	2.141	9.857
Polusie	434	1.769
Żoliborzu	602	2.787
Okopowej 59	120	456

Poza wysiłkami podejmowanymi w celu zachowania czy dostarczenia nowego lokalu, Ośrodek, prowadząc systematyczną akcję wychowawczą w rodzinach wspieranych, jako jeden z fragmentów tej akcji roztacza stały nadzór nad stanem mieszkań, dążąc do podniesienia zarówno stanu sanitarno-higienicznego, jak i wyglądu estetycznego mieszkania. Lekarze sanitarni podczas okresowych lustracyj, jak i pielęgniarki oraz



Takie wnętrze „mieszkalne" bynajmniej nie należy do rzadkości.

opiekunowie miejscy i społeczni, odwiedzając rodziny wspierane, zwracają uwagę na konieczność należytego utrzymania mieszkania, jako pierwszego warunku zdrowia i dobrego nastroju rodziny. Aby zalecenia i wskazania osób lustrujących mogły być zrealizowane, Ośrodek poza akcją rozdawnictwa mydła i środków czystości odnawia (za pośrednictwem Polskiego Czerwonego Krzyża lub we własnwm zakresie) zapluskwione lub brudne mieszkania.

Wielkim uznaniem ze strony rodzin wspieranych cieszą się konkursy czystości lub akcje okresowe ,mające na celu przeprowadzenie zasadniczych porządków (na wiosnę r. b. opiekunowie społeczni podjęli taką akcję pod hasłem „Wiosenne Porządki").

Wspomnianym wysiłkom przyświeca głęboka myśl społeczna, że czystość i estetyczny wygląd mieszkania stwarza warunki normalnego i harmonijnego rozwoju rodziny.

Zilustrowawszy fragmentarycznie pomoc Ośrodka na odcinku pomocy mieszkaniowej stwierdzić należy, że wysiłki gminy w tym kierunku jakkolwiek są olbrzymie, nie dają jednak rezultatów, gdyż rozbijają się o trudności wywołane brakiem małych i tanich mieszkań.

Sprawa mieszkaniowa jest ciągle jeszcze otwarta, daleka nas dzieli droga od najskromniej pomyślanego minimum. Jakże tragicznie przedstawia się liczba 2.740 izb w stolicy, z których każda zamieszkana jest przez 12 i więcej osób. Jakąż wymowę ma liczba 3,9 osób wypadająca przeciętnie na każdą izbę w mieszkaniach jednoizbowych, których w Warszawie jest aż 42% ogółu mieszkań. Sytuacja jest wprost katastrofalna. Zagadnienie bowiem budownictwa mieszkaniowego wymaga zarówno dużych środków finansowych, jak i uprawnień ustawowych. W dobie obecnej obserwujemy szybką rozbudowę domów czynszowych, o dużych luksusowych lokalach, niedostępnych nie tylko dla szerokich mas, ale nawet dla przeciętnie usytuowanego człowieka, natomiast zupełnie jest zaniedbane budownictwo małych, tanich mieszkań.

To też ciągle przypominać trzeba słowa Komisji Ankietowej, powołanej w 1928 r. przez Rząd profesora Bartla:

„Bez poprawienia warunków mieszkaniowych, bez umożliwienia każdej rodzinie posiadania mieszkania, nie może być mowy o zdrowym rozwoju życia ekonomicznego, moralnego i politycznego Polski.

„Żadna działalność produkcyjna nie może się oprzeć na bezdomnej ludności. Wydajna praca jest możliwa tylko tam, gdzie istnieją warunki, dla odpoczynku po tej pracy. Dostarczenie szerokim warstwom ludności dostatecznych mieszkań jest zagadnieniem publicznym nie sprawą prywatną".

Zagadnienia tego rozwiązać nie może opieka społeczna. Musi rozwiązać je zbiorowy wysiłek przede wszystkim funduszów państwowych, ubezpieczeniowych i prywatnych.

Dr STANISŁAW STYPUŁKOWSKI.

Walka z chorobami społecznymi.

W życiu zbiorowym spotykamy cały szereg stanów chorobowych, które na skutek znacznego rozpowszechnienia się w danym społeczeństwie obniżają jego ogólny stan zdrowotny, ekonomiczny i kulturalny.

Zastraszające straty przysparza rak, schorzenia serca, wole — w miejscowościach górskich, zimnica — w miejscowościach ze zbiornikami wód stojących itp. Wszystkie te masowe zagadnienia zdrowotne, ze względu na ich wielkie ujemne działanie zaliczamy do zagadnień społeczno-lekarskich, starając się znaleźć dla nich rozwiązanie w zbiorowej akcji obronnej.

Poza tym istnieją podstawowe zagadnienia zdrowotne, które spotykamy bez specjalnego wpływu warunków wyłącznie miejscowych, czyli we wszystkich krajach, wśród wszystkich narodów i warstw społecznych. Do nich zaliczamy gruźlicę, choroby weneryczne, alkoholizm i jaglicę.

Schorzenia te szerzą zastraszające spustoszenia pod względem zdrowotnym, eugenicznym, ekonomicznym i kulturalnym i dlatego noszą nazwę chorób społecznych.

Posiadają one następujące cechy zasadnicze:

są to choroby o charakterze zakaźnym, lub udzielającym się, posiadają zazwyczaj przebieg wybitnie przewlekły, obniżają zdolność do pracy i przy braku opieki lekarskiej, grożą kalectwem i utratą zdolności do życia samodzielnego, wywierają pośredni lub bezpośredni ujemny wpływ eugeniczny;

szerzenie się stanu chorobowego uzależnione jest od nasilenia schorzenia i uświadomienia społeczeństwa, czyli przyczyna zakażenia często znajduje się poza osobą chorego w samym społeczeństwie, na które wobec tego spada obowiązek zwalczania chorób społecznych wspólnymi siłami.

Gruźlica, choroby weneryczne i jaglica wywołane są specjalnymi zarazkami i dlatego nazywamy je chorobami zakaźnymi.

Alkoholizm nazywamy chorobą udzielającą się, gdyż powstawanie i rozpowszechnianie się tego nałogu wiąże się w znacznym stopniu z destrukcyjnym wpływem osobników chorych, alkoholików, którzy w danym przypadku odgrywają rolę źródła zakażenia.

Stąd też w walce ze wszystkimi chorobami społecznymi wysuwa się konieczność opanowania i unieszkodliwienia źródła zakażenia.

Chroniczny przebieg choroby, która trwa długi okres czasu, często przez całe życie chorego i nawet przenosi się na kilka pokoleń, wysuwa konieczność zapewnienia długoletniej i stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, opartej na współpracy z chorym, jego rodziną, bliższym i dalszym otoczeniem.

Choroby społeczne są również zjawiskami wielce złożonymi, przy których spotykamy cały zespół różnorodnych zagadnień ściśle ze sobą związanych. Jest to ich cechą zasadniczą.

Naprzykład, nie możemy mówić o opanowaniu i leczeniu chorób wenerycznych nie lecząc jednocześnie nałogu pijackiego. Wiemy dokładnie z obserwacji, że oba te stany chorobowe są często ze sobą związane. Alkoholizm, obniżając poczytalność chorego i odpowiedzialność za czyny, niszcząc hamulce, zwiększając afektywność i popęd płciowy — stwarza wprost idealne warunki do nieuporządkowanego życia płciowego, a co zatem idzie, do rozwoju chorób wenerycznych.

Z drugiej zaś strony alkoholizm i kiła, podrywając odporność ustroju i obniżając jego siły żywotne, sprzyjają rozwojowi gruźlicy.

Wszystkie te stany chorobowe, jak gruźlica, kiła, alkoholizm, wywierają pośredni lub bezpośredni ujemny wpływ eugeniczny, powodując bezpłodność lub degenerując przyszłe pokolenia pod względem fizycznym i psychicznym, przez co

wysuwają konieczność opieki nad dzieckiem i młodzieżą ze środowisk chorych i ułomnych.

Pod względem destrukcyjnego wpływu eugenicznego na pierwsze miejsce wśród chorób społecznych wysuwają się choroby weneryczne. O rozmiarach klęski społecznej w tym zakresie dowiadujemy się z cyfr statystycznych. Otóż według autorów amerykańskich rzeżączka powodowała do niedawna w Stanach Z. A. P. do 10 000 przypadków ślepoty i wśród ślepych noworodków w 60% przypadków była jej przyczyną. Poza tym rzeżączka powoduje 75% operacji ginekologicznych i w 50% przypadków jest odpowiedzialną za niepłodność. Stąd wynika, że rzeżączka powoduje głównie bezpłodność. Natomiast kiła, powodując również bezpłodność, daje równolegle zwyrodnienie fizyczne i psychiczne potomstwa i wybitnie podnosi śmiertelność ogólną i wśród niemowląt. Podług komisji, powołanej do zbadania przyczyny spadku urodzeń we Francji, na 61 657 przypadków ciąży (ludność Paryża) stwierdzono 9 051 rozpoznań kiły, które dały 8 418 zmarłych niemowląt zaraz po urodzeniu — zaledwie 633 niemowląt przekroczyło 6 miesięcy życia.

Potomkowie chorych kiłowych, nie wnosząc do życia zbiorowego jakichkolwiek wartości fizycznych i psychicznych,



Poradnia przeciwjaglicza w I Ośrodku Zdrowia i Opieki.

dają niejednokrotnie początek nowym cierpieniom, stratom moralnym i materialnym. Dlatego też kiłę zaliczamy do największych klęsk zdrowotnych i do najbardziej destrukcyjnych czynników eugenicznych.

Choroby społeczne, jako chroniczne stany chorobowe, atakują przeważnie osobników młodych, w okresie największej ich rozrodczości i wydajności pracy, wysuwając zagadnienie pauperyzacji (zubożenia) rodziny, na skutek częściowej lub pełnej niezdolności do pracy jej głównych żywicieli, jak również wzmożonych potrzeb chorych członków rodziny.

W Warszawie umiera rocznie około 2000 osób na gruźlicę, czyli prawie 4 razy więcej niż na wszystkie choroby zakaźne razem wzięte. W tej liczbie wiek od 20 do 40 lat stanowi 50% zgonów z gruźlicy.

To też gruźlica w sposób może najwięcej bolesny ujawnia ekonomiczne podłoże chorób społecznych.

Opieka społeczna Nowego Jorku wydaje 33% zapomóg rodzinom, które wpadły w nędzę z powodu gruźlicy. Równolegle 41% zapomóg wdowich udzielono kobietom, których mężowie zmarli na gruźlicę.

Dla porównania warto przypomnieć, że Warszawska Kasa Chorych wypłacała kilka lat temu około 30% świadczeń pieniężnych z powodu gruźlicy. Z tego też względu gruźlica jest nie tylko zdrowotną, lecz i ekonomiczną klęską społeczeństwa, wśród którego się szerzy.

Niejednokrotnie choroby społeczne ujawniają rozprzężenie rodziny i wysuwają konieczność przeprowadzenia na jej terenie daleko idącej sanacji stosunków drogą systematycznej akcji wychowawczo - opiekuńczej i leczniczej. Pod tym względem na miejsce czołowe wysuwa się alkoholizm, który, ujawniając podłoże psychopatyczne, wskazuje na konieczność przeprowadzenia szeroko zakrojonej akcji opiekuńczo - zdrowotnej.

Rozpowszechnienie się, naprzykład, jaglicy wskazuje na niski stan kultury sanitarnej środowiska, w którym się szerzy, co podnosi społeczne znaczenie tego schorzenia.

W ramach akcji zdrowotno - społecznej prowadzona jest opieka nad macierzyństwem i niemowlęctwem, podstawowym zadaniem której jest walka z nadmierną śmiertelnością położnic i niemowląt.

Nieubłagane cyfry statystyczne niezbicie udowodniły, że niedostateczna opieka nad zdrowiem publicznym mści się w sposób najwięcej dotkliwy właśnie na tym tak ważnym odcinku zdrowotnym. Brak uświadomienia, niski stan kultury sanitarnej, brak aparatu zdrowotno - opiekuńczego, podnosi nawet w chwili obecnej, śmiertelność wśród niemowląt, w niektórych środowiskach do 250 zgonów na 1 000 żywo-urodzonych. W tychże środowiskach ze wzrostem uświadomienia i zorganizowaniem prawidłowej akcji zdrowotno-opiekuńczej śmiertelność niemowląt spada do 100 zgonów na 1 000 żywo-urodzonych, jak ma to miejsce, naprzykład, na terenie m. st. Warszawy.

Nie posiadamy dokładnych statystyk lekarskich w zakresie śmiertelności wśród położnic. Oderwane cyfry sprawozdawcze, zwłaszcza ze wschodnich połaci kraju, sygnalizują straty w postaci licznych zgonów kobiet ciężarnych w sile wieku i w okresie największej rozrodczości.

Państwo, które dąży do mocarstwowego rozwoju nie może pozwolić na tego rodzaju straty społeczno-zdrowotne. To też opieka nad macierzyństwem i niemowlęctwem ma znaczenie podstawowe w polityce zdrowotnej.

Z krótkiego tego przeglądu wynika swoistość każdego z poruszonych zagadnień społeczno-zdrowotnych i ogrom potrzeb przy ich rozwiązaniu. Zaspokojenie tych potrzeb znajdziemy wyłącznie w planowo obmyślanej i konsekwentnie przeprowadzanej akcji, w której lecznictwo stanowi tylko fragment, związany jednak z akcją zapobiegawczo-wychowawczą i opiekuńczą w całość.

Przy wprowadzeniu w życie planowej akcji wysuwa się:

1) praca nad rodziną,

2) konieczność stworzenia odpowiedniego aparatu służby zdrowia i opieki.

Praca w rodzinie pozwoli:

1) na opanowanie i unieszkodliwienie źródła zakażenia, na podniesienie higieny ogólnej i akcji zapobiegawczej w zakresie poszczególnych groźnych zagadnień zdrowotnych,

2) na zapoznanie się na miejscu z warunkami bytowania i potrzebami rodziny i na przeprowadzenie indywidualnych form opieki zdrowotnej i społecznej, łącznie z podniesieniem upadających warsztatów pracy, akcją instruktorską, wychowawczą, pomocą lekarską, zakładową itp.

Praca w rodzinie stanowi podwalinę całej akcji, gdyż zwycięską walkę z klęskami społecznymi możemy poprowadzić tylko przy współpracy z uświadomionym chorym i przy bliższym współdziałaniu jego uświadomionej rodziny i otoczenia.

Aparat służby zdrowia i opieki powołany do zaspokojenia ogromu potrzeb, jakie wysuwają poszczególne przypadki i grupy zagadnień:

1) zapewnia bezpłatne lecznictwo w zakresie chorób społecznych wszystkim mieszkańcom dzielnicy przez długi szereg lat i często kilku pokoleń,

2) prowadzi w tym zakresie szeroką akcję wychowawczo-zapobiegawczą,

3) zapewnia podstawy finansowe dla akcji zdrowotnej i opiekuńczej wśród swych pacjentów.

Rozwiązanie masowych zagadnień zdrowotnych (o charakterze klęsk społecznych) w sposób wyżej nakreślony — nie mieściło się w ramach istniejących już placówek zdrowotnych, jak ambulatorium i szpital.

Ambulatorium zajmuje się stanem chorobowym wyłącznie zainteresowanej w tym osoby. Zadaniem jego jest ustalenie rozpoznania i przeprowadzenie leczenia. W zakresie rozpoznania odgrywa ambulatorium wielce doniosłą rolę segregatora wobec szpitala, gdyż prawidłowe skierowanie chorego do leczenia zakładowego jest podstawą usprawnienia gospodarki i zmniejszenia kosztów leczenia zakładowego. To też ambulatorium dąży do pozyskania wciąż nowych pacjentów i nie posiada możności przeprowadzenia akcji wychowawczo-zapobiegawczej w rodzinie i środowisku poszczególnych chorych przez dłuższy okres czasu. Choroby społeczne zupełnie nie nadawały się do opieki w ramach pracy ambulatorium. W tym względzie dogodniejsze warunki do przeprowadzenia akcji leczniczej i wychowawczo-zapobiegawczej przedstawiały szpitale i wszystkie formy leczniczych zakładów zamkniętych, jak sanatorium, dom zdrowia i zakład specjalny. Jednak wielkie koszta tej formy opieki, masowość zagadnień i ich chroniczny przebieg, uniemożliwiały rozwiązanie sprawy wyłącznie w ramach zakładów zamkniętych.

Uważając nadal opiekę zakładową za wielce wartościowy fragment całokształtu akcji opieramy całość opieki nad zagadnieniami klęsk społecznych na poradniach społecznych, które chętnie nazywamy dzielnicowymi szpitalami otwartymi.

W rzeczy samej posiadają poradnie wiele wspólnych cech z zakładami zamkniętymi, nie tracąc przy tym wartościowych cech ambulatorium.

Narówni z ambulatoriami poradnie społeczne wykonywują akcję zdrowotną w ramach taniej opieki otwartej, czyli pozostawiając chorych na terenie domu. Posiadają w tych warunkach nieograniczone możliwości w przyjmowaniu znacznej liczby pacjentów, co ułatwia ujawnienie wciąż nowych ognisk zakażenia, korzystają w pełni ze współczesnych zdobyczy wiedzy i techniki lekarskiej w celu ustalenia rozpoznania i, w razie potrzeby, przeprowadzenia leczenia, które ma na myśli głównie unieszkodliwienie i opanowanie źródła zakażenia.

Jednak narówni ze szpitalami poradnie społeczne przeprowadzają akcję wychowawczo-zapobiegawczą, jak pouczanie, izolację otwartą, odkażanie, szczepienia ochronne, oraz stwarzają warunki sprzyjające utrwaleniu akcji leczniczej (rozkład dnia, żywienie, dieta, leżakowanie, zabiegi itp.).

Poza tym poradnie przeprowadzają na szeroką skalę, w celach zapobiegawczych, opiekę nad zdrowiem osobników zdrowych w ramach wychowania fizycznego, racjonalnego żywienia, higieny pracy, opieki nad macierzyństwem, niemowlęctwem, młodzieżą, osobnikami wieku dojrzałego i starcami. W ramach opieki nad młodzieżą współczesny aparat terenowej służby zdrowia szeroko uwzględnia akcję oświatowo-kulturalną, skierowaną głównie ku ochronie młodzieży od prostytucji i nieuporządkowanego życia płciowego, w którym tkwi największe niebezpieczeństwo szerzenia się chorób wenerycznych, a co zatem idzie, gruźlicy. Grupa poradni łącznie z Urzędem Sanitarnym, działem Higieny Szkolnej, działem Lecznictwa Ubogich i działem Opieki Społecznej tworzy dzielnicowy Ośrodek Zdrowia i Opieki.

Praca na terenie instytucji wykonywana jest za pośrednictwem lekarzy, referentów społecznych, radców prawnych, pielęgniarek społecznych, kontrolerów sanitarnych, laborantów itp.

Pracę na terenie domu prowadzą lekarze, pielęgniarki, higienistki szkolne, kontrolerzy sanitarni, opiekunowie miejscy i społeczni. Cały personel służby zdrowia i opieki pod jednolitym kierownictwem posługuje się wspólnymi metodami pracy, główne wytyczne których są następujące:

1) Działanie na ściśle wyznaczonym terenie, podlegającym bezpośrednio wpływom instytucji;

2) Przeprowadzenie opieki nad całą rodziną z chwilą ustalenia jakiegokolwiek zagadnienia zdrowotnego o szerszym znaczeniu społecznym wśród jej członków.

3) Ujmowanie poszczególnych zagadnień w rodzinie metodą rozwiązania problemów;

4) Utrzymanie i przygotowanie całego aparatu zdrowotnego i opiekuńczego w gotowości i do rozwiązania masowych zagadnień w chwili katastrof życiowych i dla potrzeb szkolenia personelu i ludności.

Oczywiście utrzymanie szeroko zakreślonego aparatu służby zdrowia jak i wykonanie racjonalnej masowej opieki zdrowotnej wymaga znacznego wysiłku organizacyjnego i finansowego. Dlatego też Ośrodki Zdrowia i Opieki mieszczą się głównie w ramach samorządowej służby zdrowia, dla której są podstawowymi placówkami terenowej służby zdrowia i opieki.

Pracę zdrowotno-opiekuńczą wykonuje obecnie w 10-ciu Ośrodkach Zdrowia i Opieki: 9 poradni przeciwgruźliczych, 10 — dla niemowląt, 10— dla matek ciężarnych, 10 — przeciwjagliczych, 9 — przeciwwenerycznych i 2 przeciwalkoholowe, udzielając rocznie przeszło 200 000 porad i przeprowadzając około 50 000 odwiedzin pielęgniarskich domowych.

Szybki rozwój liczby Ośrodków w gminach i krajach o słabych możliwościach finansowych wskazuje na to, że instytucje te nie są drogie. Poza tym uzyskane za ich pomocą zyski moralne i finansowe w znacznym stopniu przewyższają koszta ich jednorazowego urządzenia i prowadzenia.

Przekonywującymi w tym względzie są cyfry statystyczne, ujawniające zdobycze zdrowotne w okresie ostatnich 15 lat.

W tym czasie udało się zmniejszyć śmiertelność w Warszawie

z gruźlicy z 250 do 150 na 100 000 ludności
wśród niemowląt z 200 do 100 na 1 000 żywo-urodz.
ogólną śmiertelność z 15 do 11 na 1 000 ludności

Jeżeli przypomnimy sobie, że okres ten charakteryzował ciężki i długotrwały kryzys ekonomiczny i mieszkaniowy, rola akcji zdrowotnej, wychowawczej i opiekuńczej w uzyskanych zdobyczach podniesie się na wartości.

Dr TADEUSZ PAWŁOWSKI.

Z zagadnień sanitarnych Ośrodka Zdrowia i Opieki.

Choroby zakaźne stanowią poważne niebezpieczeństwo dla poszczególnych rodzin wsi i miast, a cóż dopiero dla tak wielkich skupisk o ludności przeszło milionowej, jakim jest Warszawa. Dla zobrazowania rozmiarów niebezpieczeństwa dość choćby zapoznać się z liczbami zachorowań na choroby zakaźne stolicy w latach ostatnich.

W okresie 1933—1937 było przeciętnie rocznie zachorowań:

dur plamisty	— 27
dur brzuszny	— 1421
płonica	— 2856
błonica	— 1606
odra	— 3390
krztusiec	— 930 *)

Zależnie od skuteczności akcji zapobiegawczej w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, liczby te mogą się zwiększać lub zmniejszać. Zadaniem Służby Zdrowia jest, oczywiście, postawić na taki poziom środki zwalczania szerzącej się epidemii, aby liczby zachorowań zmniejszyć do minimum. Miejska Służba Zdrowia przekazała walkę z chorobami zakaźnymi Ośrodkom Zdrowia, które zespoliły w jedną organizację całokształt zagadnienia walki z epidemiami, w ramach Urzędu Sanitarnego. Połączenie Ośrodka z działalnością sanitarną umożliwia Służbie Zdrowia bliższe zetknięcie się z ludnością, ułatwia zdobycie zaufania, zwiększa autorytet i umożliwia większe wnikanie w sposób bytowania ludności, co znacznie ułatwia walkę z grożącym niebezpieczeństwem.

Ośrodki stały się instytucją mającą za zadanie roztoczenie opieki nad zdrowiem obywateli. Po wzory w tej dziedzinie sięgnęliśmy do obcych państw Europy i Ameryki, by skorzystać ich długoletniego doświadczenia i osiągniętych tam — szczególnie w dziedzinie higieny zapobiegawczej — zdumiewających wyników. Wzory obce rzucone na polski grunt oka-

*) Dr Grzegorzewski, Zdrowie Publiczne, nr 10.

zały się bardzo płodne, przybrały swoiste kształty, odpowiadające własnym warunkom i potrzebom. A potrzeby były wielkie, bo jeśli w Polsce w 1928 roku było 20 Ośrodków Zdrowia, to dziś mamy ich z górą 400.

A więc z całym zaufaniem dla dobra podjętej sprawy, stworzono instytucje, rozwiązujące zagadnienia zdrowia publicznego, w którym dominuje strona społeczna. Stworzono Ośrodki, których celem była przede wszystkim akcja profilaktyczna.

A wielki był czas po temu, kiedy stwierdzono wysoką umieralność niemowląt, ogromne rozpowszechnianie się gruźlicy, jaglicy, chorób wenerycznych, oraz niewygasające ogniska duru brzusznego i stałą groźbę duru plamistego.

W ramach Ośrodka Zdrowia połączono, osobno dotychczas istniejące, Urzędy Sanitarne z opieką lekarską nad młodzieżą szkolną i lecznictwem ubogich; powstały również warsztaty pracy, w dziedzinie medycyny zapobiegawczej, które noszą miano poradni, skutecznie prowadzące akcję nie tylko profilaktyczną, ale i leczniczą, gdyż z biegiem czasu przekonano się, że sama działalność zapobiegawcza nie wystarcza, a naprzykład dopiero wyleczenie choroby wenerycznej zapobiega jej szerzeniu się.

Działalności Ośrodka Zdrowia nie można sobie wyobrazić bez odpowiednio zorganizowanej pracy pielęgniarek społecznych, które stają się łącznikiem między lekarzami Ośrodka Zdrowia a ludnością. One to zapoznają się z warunkami pracy i życia domowego, docierają do każdej rodziny, do każdego osobnika i tam pokazami, namową i perswazją szerzą zasady higieny wśród tych, którzy o tych zasadach, albo nie wiedzą, albo ją lekceważą.

W ten sposób działalność Ośrodka, obejmując całokształt zagadnień zdrowia publicznego w terenie, koncentruje w sobie akcję społeczno-zapobiegawczą, jak również i sanitarną (porządkową).

Urząd Sanitarny ,idąc drogą systematycznego wychowania społeczeństwa, stara się dokładnie uzasadnić zlecenie sanitarne, potrzebami zdrowotnymi.

Społeczeństwo ma prawo być ochraniane od wszelkiej zarazy i nic tak nie świadczyłoby o nieudolności Urzędu Sanitarnego, jak stałe, rok rocznie, wzmaganie się nasilenia epidemii tyfusu brzusznego czy szkarlatyny. Czy można sobie wyobrazić większe zniecierpliwienie ludności na wieść o sze-

rzeniu się chorób zakaźnych w jej otoczeniu. Jesteśmy wyrozumiali na duże i różnorakie braki naszego otoczenia w sensie czystości i higieny — natomiast panika ogarnia masy na wieść o wzmagającej się tej czy innej chorobie zakaźnej: drzwi zatrzaskują się przed tyfusem brzusznym, matki wywożą dzieci w inne okolice przed szkarlatyną, odra zamyka szkoły itd. Oto obraz niedalekiej przeszłości, kiedy walka z epidemiami była niedostateczna i ludność mniej uświadomiona.

Jakaż zatem walka winna być prowadzona z chorobami zakaźnymi — oczywiście bezlitosna, planowa, celowa i konsekwentna.

Miejska Służba Zdrowia przekazała te czynności Ośrodkom Zdrowia i Opieki, z których każdy ma odpowiednio wydzielony teren. Urząd Sanitarny, jako część składowa Ośrodka, walczy z chorobami zakaźnymi ostrymi, lub przewlekłymi, stara się akcję sanitarną ująć w pewien plan systematycznie wprowadzany w życie. W planie tym, który można nazwać do pewnego stopnia regulaminem sanitarnym, uzewnętrzniają się dwie metody walki z chorobami zakaźnymi — a mianowicie pośrednia i bezpośrednia.

A więc pośrednia metoda to systematyczne wychowanie społeczeństwa: polega ono na pracy wychowawczo-propagandowej w szerzeniu zasad higieny ogólnej przez rozdawanie ulotek, rozlepianie afiszów, wygłaszanie popularnych odczytów w Muzeum Miejskiego Instytutu Higieny (Nowogrodzka nr 82).

Na odczytach tych lekarz sanitarny poucza pracowników sklepów spożywczych, piekarzy, wędliniarzy, fryzjerów itd. jakie są elementarne wymagania czystości przy wytwarzaniu produktów spożywczych, przy zachowaniu osobistej czystości, jaki powinien być stan sanitarny wytwórni i miejsc sprzedaży, jakim powinien być dostatecznie higieniczny i sanitarny przewóz produktów spożywczych (mleka, masła, sera, wędlin itd).

Osobny dział propagandy i nadzoru sanitarnego stanowi badanie stanu zdrowia pracowników w wytwórniach produktów spożywczych, celem niedopuszczenia do zajęć w nich osób, dotkniętych chorobami mogącymi udzielić się spożywcy. Lekarz sanitarny po zbadaniu pracownika wydaje mu t. zw. kartę zdrowia, którą winien sprawdzać pracodawca. Pracownik bez karty zdrowia kierowany jest do Urzędu Sanitarnego na zbadanie. Metoda ta w skutkach swoich okazuje się bardzo

doniosłą, gdyż z jednej strony rozjaśnia u pracowników zakładów użyteczności publicznej — naprawdę — mroki poglądów na zasady wiedzy higienicznej i sanitarnej w zastosowaniu do zagadnień zdrowia publicznego, a z drugiej strony zmniejsza do minimum dystans, jaki istnieje między kontrolą, a danym obiektem, wraz z personelem, z którym następuje przyjazne porozumienie, oparte na dokładnym uzasadnieniu zlecenia sanitarnego potrzebami zdrowotnymi. Oczywiście wtedy pieniężne kary, ew. procesy sądowe należą do rzadkości, co stanowi duży kontrast z tym co jeszcze dość niedawno dało się zauważyć.

Dalej zadaniem Urzędu Sanitarnego jest czuwanie nad czystością i dobrocią produktów spożywczych, aby dostarczane były ludności zdrowe i niezafałszowane: zepsute, z domieszką szkodliwą dla zdrowia, dostarczane w sposób niehigieniczny mogą być rozsadnikiem chorób zakaźnych (gruźlica, a przede wszystkim dur brzuszny).

Pobieranie prób (mleka, masła, sera, śmietany) stanowi troskę Urzędu Sanitarnego, aby obywatele m. Warszawy nie byli narażeni na utratę zdrowia, a nawet życia. Statystyka z zakresu badań żywności przez Miejski Instytut Higieny w zestawieniu liczbowym podaje około 40 000 analiz przeprowadzonych w ciągu 1937 roku.

Dalszym etapem walki z chorobami zakaźnymi o charakterze zapobiegawczym są szczepienia ochronne. O ile szczepienie przeciwospowe dostatecznie ugruntowało się w opinii publicznej, o tyle szczepienie przeciwbłonicze, lub przeciwdurowe nie wywalczyły sobie jeszcze prawa konieczności i celowości, jakkolwiek postęp na tym polu jest bardzo znaczny. Należy podkreślić, że jednak szczepienia przeciwbłonicze nabierają z dnia na dzień jakgdyby charakteru przymusowego. Daje się spostrzegać, że przekonanie o potrzebie dość bezboleśnie i bez wstrząsu społecznego przenika w masy, a to dzięki pośrednim ograniczeniom przy zapisach do szkoły lub na kolonie, dokąd bez świadectw szczepiennych droga zamknięta. Poza tym naprawdę dobrowolnie szczepi się tyfus brzuszny, plamisty i płonicę. I w tym towarzystwie zacnym tyfus brzuszny zajmuje pozycję dość wybitną, przeciw więc tej chorobie kierujemy swoje środki obronne, propagując usilnie argumentami przekonywującymi ochronne szczepienia przeciwdurowe. Na ogół spotykamy dość wiele zrozumienia wśród mieszkańców terenu Ośrodka w walce obronnej prze-

ciw możliwościom zachorowań na ostre choroby zakaźne, przeciw którym wprowadzamy szczepionki ochronne, jednak czeka nas wiele trudu, by doprowadzić za pomocą szczepień powszechną odporność na zakażenie, czy to błonicą, czy durem brzusznym.

Z ewolucji chorób zakaźnych możemy przekonać się, że trud nasz nie jest bezowocny, że z biegiem czasu człowiek będzie mógł coraz pewniej kontrolować i ograniczać większość chorób zakaźnych. Planowa walka sanitariatu potrafiła wytępić w Europie dżumę, trąd, cholerę, ospę, zimnicę, a i również dur plamisty jest wielką rzadkością.

Koszta walki i leczenie chorób zakaźnych stanowi wielki ubytek w ekonomii społecznej. Jakże bardziej celowo moglibyśmy spożytkować wielkie sumy wydatkowane na leczenie chorych na dur brzuszny. Bo obliczmy: jeden chory przebywa w szpitalu 42 dni. Koszt dzienny 6 zł 80 gr = zł 285 60 × 1 500 chorych rocznie = zł 428.400.— A więc dur brzuszny pochłania prawie pół miliona złotych, które mogłyby być na bardziej pożyteczne cele (sanatoria i żłobki) użyte, gdybyśmy się pozbyli duru brzusznego. A 2 800 szkarlatyny, także po 6 tygodni izolacji szpitalnej, ile znowu wydatku społecznego pochłonie.

Do pośrednich czynników wpływających bardzo skutecznie, zapobiegawczo, należy higiena otoczenia. Urząd Sanitarny kontroluje stan ustępów, dołów kloacznych, usuwanie śmieci, bada jakość wody do picia i związany z tym stan studni, czystości podwórza, piwnic, stwierdza stan zaszczurzenia itd. Uporządkowanie zaniedbań w tym kierunku ułatwia znakomicie zastosowanie środków zapobiegawczych przeciw szerzeniu się epidemii.

Z kolei przejdziemy do metody bezpośredniej walki z chorobą zakaźną, jaką prowadzi Urząd Sanitarny z tymi przypadkami płonicy, błonicy czy duru brzusznego, o których zostaje powiadomiony.

Otrzymawszy zawiadomienie o chorobie zakaźnej, lekarz sanitarny bada chorego w domu, prawie z reguły w ciągu tego samego dnia. Stwierdziwszy przypadek zakaźny przesyła chorego do szpitala, lub pozostawia go w domu, izolując na miejscu, oraz poleca nalepić na drzwiach mieszkania chorego kartkę ostrzegawczą — koloru czerwonego z napisem: Choroba zakaźna — wstęp wzbroniony. Jeśli zaś chory zostaje przewieziony do szpitala, zarządza lekarz sanitarny dokonanie

dezynfekcji pokoju, ewentualnie mieszkania. Dezynfekcję przeprowadzają funkcjonariusze Miejskich Zakładów Sanitarnych.



Karetka Miejskich Zakładów Sanitarnych zabiera do dezynfekcji.

Natomiast chory pozostawiony w domu podlega dalszej kontroli Urzędu Sanitarnego w celu stwierdzenia dostatecznej izolacji.

W przypadkach dyferytu pobranie śluzu przez lekarza sanitarnego lub pielęgniarkę do analizy bakteriologicznej pozwala na rozpoznanie choroby i zdecydowanie kiedy uzdrowieniec może powrócić do pracy.

Na skuteczność akcji celem wytępienia chorób zakaźnych, wpływa obok pracy służby zdrowia cały szereg inwestycji o wielkiej doniosłości sanitarnej, a są nimi: zaopatrzenie coraz dalszych osiedli w dobrą wodę, przyłączenie do sieci kanalizacyjnej, oczyszczanie ścieków, zaprowadzanie gładkich nawierzchni, bezpylne i mechaniczne usuwanie śmieci, zakładanie zieleńców i parków, jako rezerwuarów świeżego powietrza.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że miasto Warszawa w ostatnim czteroleciu poczyniło wielkie wysiłki inwestycyjne na tym polu. Niestety, brak odpowiednich funduszów nie pozwala na 100% wykonanie zamierzonych inwestycji, bez

których wysiłki, zdążające do całkowitego wytępienia chorób zakaźnych nie są skutecznie wynagradzane. Tym bardziej więc na barkach Urzędu Sanitarnego leży obowiązek stałej czujności, aby jeśli nie całkowicie usunąć choroby zakaźne, to przynajmniej zmniejszyć do minimum ich niebezpieczeństwo. Grozi ono wszystkim: biednym i bogatym — o każdej porze dnia i nocy.

Dr MIKOŁAJ ŁĄCKI.

Leczenie ubogich chorych w Ośrodkach Zdrowia i Opieki.

Zagadnienie leczenia chorych ubogich jest sprawą niezmiernie ważną i to zarówno ze względu na samego chorego— udostępnienie mu możności otrzymania racjonalnego leczenia — jak i ze względu na koszty z tym związane, a obciążające gminę.

Pomimo, że wydatki na leczenie chorych ubogich były zawsze bardzo duże, chorzy tej kategorii nie posiadali należycie zorganizowanej opieki lekarskiej. Z roku na rok rosło niezadowolenie chorych z jednej strony, a koszty ich leczenia — z drugiej. Dlatego — zachodziła pilna potrzeba przeprowadzenia gruntownych zmian i zorganizowania opieki lekarskiej nad chorymi ubogimi na nowych zasadach, stosowanych i w innych instytucjach zbiorowego lecznictwa.

Reorganizację tę rozpoczęto w 1933 r. Dla zrozumienia nowych zasad i nowego systemu leczenia przyjętego obecnie w Wydziale Opieki i Zdrowia należy zaznajomić się z poprzednim stanem lecznictwa chorych ubogich i poznać jego cechy dodatnie i ujemne.

* * *

Dawniej chorzy ubodzy, o ile posiadali prawo do leczenia na koszt opieki społecznej, mogli się leczyć:

a) u lekarzy dla ubogich przy stacjach opieki społecznej,
b) w ambulatoriach przy szpitalach miejskich.
c) w szpitalach miejskich.

Lekarze dla ubogich (w r. 1930 było ich 7-miu, w 1933 r. — 10-ciu) pracowali przy stacjach opieki społecznej 2—3 godziny dziennie i mieli za zadanie:

a) udzielanie porad na miejscu,

b) odwiedzanie obłożnie chorych w ich mieszkaniach,

3) kwalifikowanie do zakładów opiekuńczych.

Liczba porad w gabinetach lekarskich była nieznaczna (np. w 1930/31 — 15703 porad w ciągu roku). Ze względu na brak personelu pomocniczego, żadnych zabiegów w gabinecie lekarskim nie wykonywano. Z tego samego powodu nie można było obłożnie chorych leczyć i nawet lżejsze przypadki zachorowań lekarz zmuszony był skierowywać do szpitala.

Liczba porad w domu chorego również była bardzo mała (w 1927/28 — 801 wizyt, w 1928/29 — 1204, w 1929/30 — 1356 wizyt).

Nie było żadnej łączności pomiędzy szpitalem a stacją opieki i chory po otrzymaniu przekazu do szpitala — sam musiał wystarać się o miejsce.

Korzystanie bezpośrednio z leczenia ambulatoryjnego jest trudne. Chory często nie może zorientować się co do istoty swego schorzenia, źle interpretuje swe objawy chorobowe i zgłasza się z prośbą o poradę do lekarza niewłaściwej specjalności. Stąd znaczny odsetek zbędnych wizyt w ambulatoriach.

Następnie prawie wszystkie ambulatoria miejskie w Warszawie w liczbie 8-miu znajdują się w centralnych komisariatach i dojazd (a w większości wypadków dla biednych nie mających na tramwaj — dojście) do nich mieszkańców przedmieść, np. Powązek, Grochowa, Żoliborza, Siekierek itd.—jest uciążliwy. Oprócz tego, dla leczenia bezpłatnego w ambulatoriach niezbędnym było otrzymać najpierw zaświadczenie ubóstwa w stacji opieki. Dla uzyskania porady lekarskiej chory musiał zużyć dużo sił i energii.

Leczenie ambulatoryjne ma jeszcze ogromną wadę: nie daje ciągłości leczenia. Skutkiem dużej frekwencji w ambulatoriach chory nie zawsze może dostać się do tego lekarza, który rozpoczął leczenie. Stąd możliwość zmian sposobów leczenia.

Wobec trudności leczenia w ambulatoriach chorzy ubodzy starali się za wszelką cenę dostać się odrazu do szpitali.

Liczba łóżek szpitalnych zajętych przez chorych ubogich wzrasta z roku na rok, np.: w r. 1933/34 wypadło na ogólną liczbę 1 744 000 dni szpitalnych we wszystkich szpitalach

miejskich — 760 000 dni leczenia chorych ubogich, czyli chorzy ubodzy zajmowali prawie 44% ogólnej liczby łóżek szpitali miejskich (a poza tym jeszcze znaczny odsetek chorych ubogich był leczony w szpitalach obcych).

Liczba dni leczenia szpitalnego przypadająca na jednego chorego ubogiego była wielokrotnie wyższa, niż liczba dni leczenia szpitalnego w innych instytucjach. I tak np.

Ubezpieczalnia Społ. — Liczba ubezpieczonych w 1936 r. — 258 430 (z członkami rodzin ca 520 000), ogólna liczba dni leczenia we wszystkich szpitalach — 778 927 dni. Na jedną osobę wypada ca 1,5 dni leczenia.

Miejska Pomoc Lekarska — Przeciętna liczba członków ca 25 — 27 000, wraz z rodzinami ca 60 000 osób. Liczba dni leczenia, roczna przeciętna — 80 000. Wypada na 1 osobę ca 1,5 dni leczenia.

Chorzy ubodzy — ca 100 000 osób (w 1933 r.) — dni leczenia 760 000 w szpitalach miejskich, czyli na jedną osobę 7,6 dni leczenia, jeśli zaś obliczyć jeszcze i czas leczenia w szpitalach obcych — to wypadłoby na jednego chorego — do 15 dni leczenia. Większa liczba dni leczenia chorych ubogich tłomaczy się tym, że miasto leczy dużo chroników, — np. gruźlica, chorzy psychicznie itp., — czas ich pobytu w szpitalach jest b. długi, podczas gdy np. Ubezpieczalnię Społ. obowiązują ustawowe terminy leczenia. Jednak nawet liczba dni leczenia tylko w szpitalach miejskich (to znaczy bez leczenia chroników) była prawie pięciokrotnie wyższa od przeciętnej dla wspomnianych kategorii chorych. — Trzeba więc stwierdzić, że przyczyną nadmiernego wykorzystania leczenia szpitalnego — był: a) brak lecznictwa obłożnie chorych w ich mieszkaniach i b) trudności leczenia się ambulatoryjnego.

Wytworzyła się sytuacja paradoksalna: opieka lekarska nad chorymi ubogimi stała na najniższym poziomie, a koszty leczenia — na najwyższym.

Opierając się na powyższej analizie leczenia ubogich chorych przeprowadzono w 1933 r. (wrzesień) reorganizację lecznictwa, mającą na celu:

a) udostępnienie pomocy lekarskiej chorym ubogim przez udzielanie porad i wykonywanie zabiegów w gabinetach lekarskich i tylko w wypadkach koniecznych skierowanie do ambulatoriów specjalistycznych.

b) leczenie obłożnie chorych w ich mieszkaniach i wysyłanie ich do szpitala tylko w wypadku niemożności leczenia na miejscu,

c) stosowanie ciągłości obserwacji i leczenia chorych oraz ogólnej opieki lekarsko-higienicznej (odwiedziny pielęgniarek),

d) zorganizowanie apteczki na miejscu przy gabinetach lekarskich, by ułatwić chorym otrzymywanie leków.

Organizacja ta mogła być dokonana tylko wtedy, gdy połączono Wydział Opieki Społecznej z Wydziałem Zdrowia i zagadnienie całkowitej opieki społeczno-lekarskiej nad chorym ubogim przeniesiono do terenowych agend Wydziału—Ośrodków Zdrowia i Opieki. — Ośrodek Zdrowia i Opieki dział lecznictwa chorych ubogich nie tylko znakomicie rozwinął, lecz i powiązał go z innymi działami pracy zapobiegawczo-poradnianej.

Obecnie dział lecznictwa chorych ubogich przedstawia się następująco.

Ogólna liczba miejsc przyjęć chorych ubogich — 11, t.j. przy wszystkich Ośrodkach Zdrowia i Opieki i przy ul. Radzymińskiej, dla Targówka.

Dział leczenia ubogich — składa się z 3—4 pomieszczeń, specjalnej poczekalni dla chorych, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego i apteczki. Wykorzystane być mogą i inne agendy Ośrodka. — W Ośrodkach mających własny gabinet rentgenowski chorzy mogą być prześwietlani na miejscu. — Analizy do badania (wysyłane do Miejskiego Instytutu Higieny) są wysyłane łącznie z innymi analizami Ośrodka. Naświetlanie lampą kwarcową — odbywa się na miejscu.

Ośrodki Zdrowia i Opieki w przeciwieństwie do ambulatoriów są położone przeważnie na peryferiach miasta, obsługując przede wszystkim ludność niezamożną (np. Ośrodki na Bródnie, Grochowie, Marymoncie, Targówku, Opaczewskiej, Puławskiej). Takie położenie Ośrodków niezmiernie ułatwia ludności możność korzystania z pomocy lekarskiej.

Liczba personelu pracującego w dziale lecznictwa dla ubogich została powiększona. W r. 1932 pracowało tylko 10-iu lekarzy (po 3 godziny dziennie), obecnie pracuje 14 lekarzy (po 5—6 godzin dziennie) i 15 pielęgniarek, t. zn. w każdym Ośrodku pracuje lekarz i pielęgniarka, a w większych Ośrodkach — dwóch lekarzy i dwie pielęgniarki.

Porady chorym są udzielane w Ośrodku na miejscu. Pielęgniarka wykonuje zlecone przez lekarza zabiegi (zastrzyki, kompresy, masaże itp.). W razie konieczności chorzy są skierowywani do leczenia specjalistycznego do ambulatoriów specjalistycznych miejskich, lub do poradni w Ośrodku: przeciwwenerycznej, przeciwgruźliczej, przeciwjaglicznej, do poradni dla matek i niemowląt itp. — O ile więc dawniej chory musiał z początku na stacji opieki społecznej dostać zaświadczenie ubóstwa, a potym szukać pomocy lekarskiej w jednym z ambulatoriów — nie zawsze trafiając tam, gdzie trzeba, o tyle obecnie w krótkim czasie chory dostaje w Ośrodku Zdrowia i Opieki skierowanie do lekarza i bez wysiłku dostaje pomoc lekarską na miejscu.

Dla ułatwienia chorym otrzymywania leków, a z drugiej dla zmniejszenia wydatków na leki — zorganizowano w każdym Ośrodku apteczkę podręczną, posiadającą najniezbędniejsze i najbardziej używane przez lekarza środki lecznicze. Leki te wypisuje się z Miejskiej Składnicy Aptecznej — w stanie gotowym: tabletki, maści, krople itd. — Leków na miejscu nie wykonywa się. — Duży odsetek chorych otrzymuje zaraz po otrzymaniu porady leki na miejscu. Chorym potrzebującym leków złożonych — wypisuje się recepty do aptek prywatnych.

Poniższe zestawienie wykazuje wzrost liczby porad w dziale lecznictwa ubogich w Ośrodkach Zdrowia:

w 1929/30 r.	było na stacjach opieki społecznej	15703	porad
w 1934/35 r.	było w Ośrod. Zdrowia i Opieki dział lecznictwa	64162	„
w 1935/36 r.	„ „ „ „	99819	„
w 1936/37 r.	„ „ „ „	158405	„
w 1937/38 r.	„ „ „ „	151017	„

Leczenie obłożnie chorych w mieszkaniach jest jednym z głównych zadań lekarza dla ubogich. — Mając do pomocy pielęgniarkę może on zlecić jej wykonanie potrzebnych zabiegów i kierować do szpitala tylko takich chorych, którzy ze względu na warunki mieszkaniowe lub na swój stan zdrowia w mieszkaniu leczeni być nie mogą.

Możność leczenia chorego w jego mieszkaniu przyczynia się wybitnie do skrócenia czasu pobytu chorego w szpitalu. — Wiedząc, że chory może być leczony w mieszkaniu — ordynator szpitalny wypisuje chorego ze szpitala wcześniej, nie czekając zupełnej rekonwalescencji.

Liczba chorych leczonych w domu — wzrasta:

w r. 1933/34	chorych nie leczono		
1934/35	„ leczono	3305	chorych
1937/38	„ „	3992	„
za 6 mies. 1938 r.	„	2243	„

Wzrasta również i liczba wizyt lekarskich w mieszkaniu chorego:

1927/28 r.	801	wizyt
1929/30 r.	1356	„
1934/35 r.	5330	„
1937/38 r.	10020	„

Koszt jednej porady w ambulatorium (łącznie z wydanym lekiem) wynosi ca 1.1 zł.

Koszt jednej porady w dziale lecznictwa ubogich w Ośrodku Zdrowia, łącznie z wydanym lekiem, zabiegami, wizytami lekarskimi do chorych, wizytami pielęgniarki do mieszkań chorych, leczeniem chorych na miejscu — również wynosi ca 1.1 zł.

Ponieważ opieka w Ośrodku Zdrowia i Opieki jest pełniejsza, szerzej ujmująca potrzeby chorego — jest ona znacznie wyższą od ambulatoryjnej.

Krótki zarys leczenia ubogich chorych w Ośrodkach Zdrowia i Opieki wykazuje bezsprzeczną wyższość obecnego systemu leczenia nad poprzednim. Może on być porównany z systemem lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej lub lekarza domowego Miejskiej Pomocy Lekarskiej (vide różnice wynikające z ustaw).

System obecny — ułatwia choremu możność otrzymania szybkiej porady w Ośrodku i otrzymanie na miejscu leków i potrzebnych zabiegów. Wiąże dział lecznictwa ubogich z innymi działami pracy Ośrodka (zarówno poradnianej jak i pomocy społecznej), daje możność leczenia chorych ubogich na miejscu.

ANTONINA KOŁAKOWSKA.

Pomoc matce w Ośrodku Zdrowia i Opieki.

Znaczenie rodziny, jako zasadniczej, podstawowej komórki społecznej wzrasta wraz z ewolucją pojęcia państwa i czynnego udziału obywatela w życiu społecznym. Stąd we wszystkich krajach powstaje dążenie do podniesienia rodziny — jako instytucji, powołanej przede wszystkim do wychowania człowieka do życia społecznego.

Czyż rola kobiety-matki w rodzinie uległa zmianie? Pozostała tylko pozornie ta sama. Jest ona rodzicielką, wychowawczynią dzieci i gospodynią, jako formalnie zrównany w prawach obywatel bierze udział w życiu społecznym, funkcje związane z macierzyństwem — musi godzić z pracą zarobkową.

Jest w rodzinie, bez względu na jej poziom kulturalny i materialny, czynnikiem spajającym wszystkich jej członków i nadającym ton ich życiu. Żmudne i skomplikowane swoje obowiązki wypełnia dzięki wrodzonym umiejętnościom organizacyjnym, większej niż mężczyzna elastyczności w dostosowywaniu się do warunków, dużej wytrzymałości, mimo słabszych sił fizycznych i większej uczuciowości. Źródłem jej siły jest instynkt macierzyński, miłość do dziecka, niezawsze ujawniania w subtelny sposób, a tkwiąca w niej potencjalnie. Jeśli pożycie małżonków jest harmonijne — obowiązki jej są lżejsze. Jeśli jednak mężczyzna ulega nałogom (z których najgroźniejszy dla rodziny to alkoholizm), ma zmniejszone poczucie odpowiedzialności, jest rozbity psychicznie wskutek bezrobocia czy niedostatecznych zarobków, lub chory — kobieta zwielokrotnia swoje siły. Jeśli mężczyzna opuści rodzinę, ona ją utrzyma przy niewielkiej pomocy — wówczas gdy wdowiec lub opuszczony mąż zostaje, mimo większej pomocy — bezradny. Wnieść zarobki do domu, to nie wszystko; umiejętnie je rozdzielić — zużytkować — ogarnąć całość potrzeb — potrafi tylko kobieta. Ale trzeba jej w tym pomóc — sam instynkt macierzyński — nie wystarczy, gdy trzeba umiejętnie wychować dzieci i zapobiegać ich chorobom, racjonalnie rodzinę żywić w granicach budżetu, prowadzić oszczędną gospodarkę, robić zapasy, utrzymywać w porządku odzież, ład i estetykę w domu. Tu już jest potrzebna wiedza; szerzeniu jej służą organizacje kobiece na wsi i w mieście — przez akcję

świetlicową, kursy, wykłady, radio, artykuły w prasie codziennej i specjalnej, pokazy, wystawy etc.

Rola matki jest tak ważna, że zagadnienie przygotowania kobiet do niej winno być zrealizowane na płaszczyźnie zagadnień ogólnopaństwowych, nie tylko przez szkolnictwo specjalne, ale przez szkołę powszechną i średnią. Rolę tę w stosunku do matki rodziny proletariackiej, matki, którą nędza i niski na ogół poziom kulturalny odgradza od źródeł wiedzy jej potrzebnej — w coraz większym stopniu odgrywają Ośrodki Zdrowia i Opieki.

Kobieta bez względu na wykształcenie i środowisko, jeśli chce osiągnąć pełnię życia, jaką daje macierzyństwo — musi być do niego przygotowana — wszystkim więc matkom służą poradnie dla matek i dzieci w Ośrodkach Zdrowia i Opieki. Otaczają opieką lekarską matki w ciąży, kierując wychowaniem niemowlęcia do lat 2. Charakter poradni jest wybitnie profilaktyczny — matka uczy się tam stosowania zasad higienicznych w pielęgnacji niemowlęcia i zapobiegania schorzeniom. Za niewielką opłatą lub zupełnie bezpłatnie dzieci korzystają z naświetlań lampą kwarcową, mieszanek specjalnych. Pielęgniarki społeczne odwiedzają matki w domu, kontynuując działalność poradni. Konkursy z nagrodami pielęgnacji niemowląt mają budzić ambicję, zachęcić do gorliwszego spełniania naturalnych obowiązków. W roku 1937/38 skorzystało z pomocy poradni dla matek — 3 400, dla dzieci — 9 570 matek, pielęgniarki społeczne odbyły ok. 26.000 odwiedzin w domu.

W pomocy udzielanej pełnym rodzinom z tytułu bezrobocia męża czy jego choroby — uwzględnia się potrzeby matki w zakresie zdrowia czy organizacji życia rodzinnego, gdyż pomagając matce, wzmacnia się podstawy bytu rodziny. Specjalną jednak troską otaczane są matki pozbawione głównego żywiciela, którym zasadniczo powinien być mężczyzna. Są to wdowy, matki czasowo samotne (mąż odbywa służbę wojskową lub karę więzienia), matki opuszczone i nieślubne. Na dzień 1 października 1938 r. w Ośrodkach Zdrowia i Opieki korzystało z pomocy:

wdów	2 137	— dzieci	3 780
matek opuszczonych . .	807	— ,,	1 429
matek czasowo samotnych	356	— ,,	634
matek nieślubnych . . .	1 090	— ,,	1 136

Przy rozpatrywaniu warunków i potrzeb w każdej z tych grup — każdy wypadek bada się indywidualnie i ustala plan opieki, nie tracąc zasadniczej wytycznej postępowania. Tak samo, jak różne są formy pomocy ,czas jej trwania będzie różny: od kilku miesięcy do kilku — a nawet niekiedy — kilkunastu lat, jeśli obiektem pomocy np. będzie wdowa z małymi dziećmi. Czasami zaś wystarczy znalezienie pracy, umieszczenie dziecka w żłobku umożliwiające zarobkowanie, pomoc prawna w wydobyciu alimentów od ojca dziecka.

Pomoc moralna, wynikająca z zetknięcia się w momencie potrzeby z osobą spokojną, życzliwie lecz rzeczowo ustosunkowującą się do trudnej sytuacji, która wspólnie obmyśli środki doraźne, uspokoi, podniesie na duchu — ma wielkie znaczenie. Osobowość opiekuna miejskiego przy pierwszym wywiadzie społecznym — może wywrzeć wielki wpływ — szczególniej w wypadkach, gdy jednostka nie jest zdemoralizowana metodami otrzymywania świadczeń. Następnie stałe kontakty opiekunów społecznych, często znanych i szanowanych sąsiadów — mogą i powinny wywrzeć wpływ dodatni — osładzając jednostkom bardziej ambitnym gorycz korzystania z pomocy społecznej — jak również zachęcić do większych osobistych pozytywnych wysiłków.

Opiekun, jeśli nie ma zbyt wiele rodzin i jeśli potrafi, staje się przyjacielem rodziny, która będzie się do niego zwracała o radę w różnych konfliktach. On to godzi małżeństwa — doprowadza do małżeństwa t. zw. matki nieślubne, jeśli to jest pożądane dla dobra dziecka.

Poza tym wszyscy pracownicy Ośrodka świadomie muszą współpracować nad wytworzeniem takiej atmosfery, która ułatwiłaby porozumienie między klientkami Ośrodka — a tymi, którzy im służą. Brutalne napaści na pracowników, niszczenie urządzeń — jako akty rozpaczy i naprężonych nerwów są coraz rzadsze — często t. zw. „awanturnice“ stają się podatnymi na wpływy wychowawcze, gdy zrozumieją, że działa się dla dobra ich i dziecka.

Specjalnej pomocy moralnej wymaga matka nieślubna, w której coprawda kilkumiesięczny pobyt w Domu ks. Boduena zdołał obudzić instynkt macierzyński — domaga się on jednak utrwalenia, gdyż najczęściej przeważa gorycz rozłąki z mężczyzną, który obiecywał małżeństwo. A już najgorzej, kiedy matka nie wie, kto był ojcem dziecka, gdy jest ono rezultatem bezmyślnego, przelotnego stosunku lub gwałtu.

Matki nieślubne to najczęściej pracownice domowe, przyzwyczajone do ustalonego, chociaż ciężkiego życia w obowiązku. Naraz trzeba to życie przeorganizować — nauczyć się łapać pracę dorywczą — mieszkać kątem. Trzeba je uświadamiać, żeby wierzyły w swoje siły, nie poszły na lep nowych obiecanek. Wiemy, że są takie „zawodowe" matki nieślubne, mające po kilkoro dzieci, każde z innym mężczyzną — są one plagą Ośrodków — uważają się za specjalnie uprzywilejowane w stosunku do innych matek — wymuszają zwiększenie świadczeń podrzucając dzieci, robiąc awantury. Na takie matki trzeba wywierać presję moralną — nie wyłączając kierowania spraw do sądu.

Wdowy mają dzieci — cel życia, są już wciągnięte w swoje obowiązki, zagospodarowane. Najbardziej nieszczęśliwe są matki opuszczone — zanim bowiem „on" poszedł — często wyniszczył rodzinę moralnie i materialnie — wyprzedając wszystko w domu na wódkę, czy na „przyjaciółki". Ta kategoria kobiet poza pomocą materialną potrzebuje również zachęty moralnej do wytrwania w zmienionych warunkach.

Rodzaj **pomocy materialnej** jest uzależniony od potrzeb w każdym indywidualnym wypadku, zawsze jednak musi mieć wyraźnie określony cel. Najczęściej stosowaną formą pomocy pieniężnej jest zapomoga na komorne, płacona bezpośrednio właścicielowi domu, lub matce, która jest zobowiązana do okazywania kwitów komornianych. Ma to na celu zabezpieczenie dachu nad głową, najważniejszej po pożywieniu podstawy życia rodziny.

Pomoc żywnościowa w postaci bonów, wymienianych na produkty w miejskich sklepach, jest uzależniona od liczby osób w rodzinie i stanu ich zdrowia. Mleko i mieszanki specjalne wydawane są na zlecenie lekarza, który czuwa nad rozwojem dziecka. Do świadczeń w naturze należy zaliczyć jeszcze pomoc odzieżową, obuwie dla dzieci, bieliznę osobistą i pościelową, łóżka, wyprawki niemowlęce, węgiel, kartofle w okresie zimy itp. O te świadczenia starają się opiekunowie społeczni organizując zbiórki odzieży, czy też uzyskując drogą imprez fundusze na ten cel. Bardzo rzadko w wypadkach wyjątkowych odzież otrzymują również i matki i to najczęściej z zasobów opiekunów społecznych.

Jako moment społeczno-wychowawczy wprowadza się do opieki społecznej wymaganie pewnej pracy wzamian za świadczenia, t. zw. „odrabianie" w Ośrodku lub w instytucji współ-

pracującej. Świadczenia materialne w ogólnej sumie wielkie, w poszczególnych wypadkach niedostateczne, uzupełnia poradnictwo w różnych dziedzinach i akcja mająca na celu organizowanie życia i podnoszenie poziomu kulturalnego.

Pomoc lekarską otrzymuje matka łącznie z dzieckiem, jeśli nie korzysta z ubezpieczeń społecznych. Pomoc ta ma charakter profilaktyczny, wyrażający się działalnością wszelkiego rodzaju poradni.

Stałe uświadamianie w dziedzinie higieny osobistej i mieszkania oraz pomoc w wychowaniu dziecka — niosą pielęgniarki społeczne ściśle współpracujące z lekarzem odpowiednich poradni i odwiedzające systematycznie matki w domu.

W trosce o zdrowie matki, wyczerpanej nadmierną pracą trudnymi warunkami materialnymi, zapoczątkowano w r. b. w V Okręgu Opiekuńczym bardzo pożyteczną akcję wczasów dla matki w specjalnym domu wypoczynkowym, w zdrowej podmiejskiej miejscowości. Odpoczynek matki połączony jest z równoczesnym oddziaływaniem wychowawczym i wdrażaniem do praktycznego stosowania zasad higieny.

Podczas odbywania przez matkę kuracji w szpitalu lub w sanatorium — Ośrodki umieszczają — dzieci starsze w rodzinach obcych, które za odpowiednią zapomogą opiekują się nimi, niemowlęta — w Domu ks. Boduena.

Pomoc w wychowaniu dzieci — realizuje Ośrodek przy pomocy opiekunów społecznych i poradni młodzieżowych. Pomoc ta polega przede wszystkim na ułatwieniu matce wychowania przez kierowanie dzieci do żłobków, przedszkoli, szkół powszechnych i specjalnych, oraz niejednokrotnie utrzymywanie kontaktu z wychowawcami.

Żłobek, który zapewnia dziecku maksimum warunków higienicznych i fachową opiekę, często jeszcze jest niedoceniany, przez matki, które naogół nie orientują się w charakterze tej nowej pomocy.

Prośba o umieszczenie dziecka w przedszkolu — często ma na celu zdobycie pewnych dodatkowych świadczeń, jak obuwia, ubrania. Trzeba dużo wysiłków i stałych zabiegów, by matki mniej kulturalne oceniły znaczenie kształcenia dzieci, pilnowały systematycznego uczęszczania. Przeoczenie terminu zapisów, przerywanie nauki szkolnej z powodu zatrudniania dzieci, wysyłania ich na żebraninę — to częste zjawiska.

Zadaniem więc Ośrodka jest wychować matkę w tym duchu, by zrozumiała potrzebę kształcenia dziecka — i zdobycie dla niego miejsca w przedszkolu i szkole.

Tam, gdzie warunki lokalne pozwalają, powstają w Ośrodkach świetlice dla dzieci i młodzieży, ogródki jordanowskie. Ci opiekunowie społeczni, którzy mają wykształcenie pedagogiczne lub zamiłowanie w tym kierunku — roztaczają opiekę indywidualną nad dziećmi specjalnie trudnymi do wychowania. W wypadkach trudnych kieruje się matki z dziećmi do poradni pedologicznych, często rozwiązania konfliktów szuka się w Instytucie Higieny Psychicznej. Dzieci anormalne, lub trudne do prowadzenia i nie okazujące poprawy w normalnych warunkach — umieszczane są w specjalnych zakładach, w wypadku gdy utrudniają matce zarobkowanie i gdy nie ma w pobliżu szkoły specjalnej. Kierowanie dzieci i młodzieży do bibliotek, wypożyczalni książek szkolnych — na półkolonie i kolonie letnie — ma również na celu ułatwienie matce wychowania dziecka.

Pośredniczenie w uzyskaniu pracy nie odbywa się przez Fundusz Pracy, gdyż ze względu na obowiązki matki — może ona podejmować się najczęściej tylko prac dorywczych z dziedziny gospodarstwa domowego, prac w ogrodach, handlu ulicznego i chałupnictwa.

Kobiety posiadające jakiś fach, kierują Ośrodki do Biura Pośrednictwa Pracy dla Kobiet — Leszno 96. Ośrodki na peryferiach miasta prowadzą pośrednictwo pracy we własnym zakresie. Od 2 lat kobiety są przeszkalane na kursach gospodarstwa domowego — ma to na celu podniesienie ich własnego gospodarstwa — pozwala im również na bardziej fachowe wykonywanie prac zarobkowych w tym zakresie — i stąd większe zarobki.

Chałupniczki (krawcowe, trykotarki etc.) często przy pomocy Ośrodka Zdrowia i Opieki (kupno odpowiednich maszyn lub materiałów) — usamodzielniają się całkowicie. Rozwój Bezprocentowych Kas Pożyczkowych będzie dopomagał w usamodzielnianiu przede wszystkim tych matek, które doceniają znaczenie wysiłku osobistego w walce o byt i los swych dzieci.

Bardzo wielkie znaczenie mieć będzie zamierzona akcja przeszkolenia wszystkich matek w zakresie ich własnego gospodarstwa, utrzymania w porządku mieszkania, konserwowa-

nia odzieży, zracjonalizowania żywienia w granicach małych budżetów itd.

Organizowane w Ośrodkach szwalnie, w których matki, pod kierunkiem wykwalifikowanych instruktorek, szyją ubrania dla dzieci — mają również wielkie znaczenie wychowawcze. Uzyskana poprzez wkład osobistego trudu odzież nie jest „darmochą", której się nie szanuje, bo zdobyta została zbyt łatwo. Często na takim kursie kobieta uczy się dosłownie trzymać igłę w ręce.

Poza kursami szycia, lub pomocy przy szyciu odzieży, planuje się organizowanie w świetlicach, tam gdzie one istnieją — wieczorów, przeznaczonych na zdobywanie najprostszych umiejętności naprawiania i czyszczenia odzieży, szydełkowania. Wdrożyłoby to kobiety do zajęć ręcznych. W czasie godzin wysiadywanych w poczekalniach mogłyby być zaopatrzone w takie drobiazgi jak ciepłe rękawiczki, czapki, szaliki.

Pomocy prawnej udzielają matkom specjalne poradnie prowadzone w Ośrodkach przez Zarząd Miejski oraz Komitet „Osiedle". Matka może otrzymać poradę i w razie potrzeby korzystać z obrony adwokata w sądzie w różnych sprawach: eksmisyjnych, spłat rodzinnych, alimentów. Ustalono, że pomoc materialna jest uzależniona od wszczęcia sprawy o alimenty jeśli chodzi o matki nieślubne, nie doceniające konieczności poszukiwania ojca — nieślubnego dziecka i dochodzenia alimentów.

* * *

Udzielając pomocy — Ośrodki starają się wychowywać, budząc wolę i pragnienie wydobycia się z nędzy. Matki niezdemoralizowane są na ogół podatne na wpływy — konieczna jest jednak stała, konsekwentna postawa wszystkich, którzy tę pomoc bezpośrednio lub pośrednio niosą. Musi ją cechować rozumne, niepozbawione jednak uczucia stanowisko zrozumienie potrzeb, braków środowiska i psychiki człowieka, strąconego przez wypadki losowe na dno nędzy.

Wyszukiwanie sił duchowych, tkwiących w każdym człowieku, podparcie i wydźwignięcie — to istotne cechy pomocy matce — której naturalna miłość do dziecka — jest potężnym bodźcem w walce życiowej. Każda z nich wie, acz kolwiek może nie zdaje sobie sprawy — zależy to bowiem od poziomu kulturalnego — czego dziecko potrzebuje — by mogło się

normalnie rozwijać, pragnie jego szczęścia, buduje na nim swoje nadzieje.

Jakie dzieciństwo — taki człowiek. Stąd wielkie znaczenie pomocy matce. Niedbały, niechętny, często okrutny stosunek do dziecka będzie miała nie tylko psychopatka lub anormalna, ale matka, która przebyła ciążę i musi wychowywać dziecko w takiej nędzy, że wydaje się jej ono tylko ciężarem, a nie radością.

MARIA ASZOFF.

Opieka nad dzieckiem.

Opieka Ośrodków Zdrowia i Opieki w ogólnej opiece samorządu terytorialnego nad dzieckiem jest opieką **częściową, tzw. otwartą,** w przeciwieństwie do całkowitej, zamkniętej — zakładowej. Założeniem głównym opieki częściowej jest pozostawienie dziecka w jego rodzinie, a nie wyrywanie go z jego środowiska i odosobnianie w całkowicie zmienionym otoczeniu zakładowym. Współczesna opieka społeczna bowiem, jak już zresztą wykazują poprzednie artykuły, bierze rodzinę jako podstawę pomocy. Na rodzinie ciąży obowiązek opiekowania się dzieckiem i tylko w razie niedomagań materialnych czy moralnych w rodzinie stara się poprawiać warunki i wyrównywać braki.

Pomijając kategorię niezdolnych do pracy (w tym starców i kaleki) — Ośrodki sprawują opiekę nad rodzinami z tytułu opieki nad dzieckiem. Np. wdowa czy matka opuszczona dlatego tylko pomoc otrzymuje, że nie jest w stanie własnymi środkami utrzymać swoje dziecko. **Pomoc więc wielu kategoriom wspieranych wypływa z faktu istnienia dziecka w rodzinie.** Liczba dzieci do lat 14-tu w rodzinach, wspieranych przez Ośrodki wynosiła w roku 1937/38 przeszło 15 tysięcy, co stanowi 5,6% ogółu dzieci w Warszawie.

Przyznanie pomocy rodzinie z tytułu opieki nad dzieckiem wymaga przede wszystkim dokładnego poznania warunków życia dziecka w rodzinie i bardziej niż w innych przypadkach — precyzyjnego nakreślenia planu pomocy. Dziecko na tle rodziny rzuca się w oczy jako ta istota słaba, wrażliwa i bezradna, która znacznie łatwiej ginie w trudach i nędzy,

niż człowiek dorosły. Dlatego też ma pierwszeństwo do pomocy.

Nie tylko jednak dlatego opiekujemy się dzieckiem, że wzrusza nas swą bezbronnością. Wiemy, że dziecko to podstawa, na której budujemy zamierzenia przyszłości. Przezorność społeczna każe więc wytężyć wysiłki do maximum, aby tę przyszłość na trwalszych fundamentach ugruntować.

Pomoc dana dziecku we właściwym czasie opłaca się stokrotnie. Jakże wielu kalectwom i niedomaganiom późniejszym można zapobiec przez pomoc, w porę udzieloną dziecku!

W opiece otwartej nie można jednak wyosobnić sprawy dziecka spośród innych spraw rodziny. Bo cóż np. będzie znaczyło przyznanie dziecku miejsca w najwspanialszym przedszkolu, gdy rodzina po eksmisji gnieździ się w komórce bez okna i podłogi. Albo na cóż się zda zaopatrzenie dziecka w książki szkolne, skoro matka leży chora bez pomocy lekarskiej i dziecko nie ma co jeść.

Aby więc opieka Ośrodka nad dzieckiem była racjonalna trzeba wychodzić od potrzeb rodziny, trzeba ją podnosić pod względem materialnym i wychowawczym, trzeba ogarniac nieraz jednocześnie kilka zagadnień, ściśle zazębiających się jedno o drugie. Zarówno pomoc w zdobyciu zawodu i wyszukaniu pracy matce, jak przyznanie pomocy prawnej w uzyskaniu alimentów, czy otoczenie opieką higieniczno-lekarską, czy wreszcie zapewnienie dachu nad głową — wszystko to poprawia warunki bytu dziecka w rodzinie.

Przez zainteresowanie się losem dziecka w rodzinie oraz zapewnienie mu dostatecznej opieki — walczymy z plagą porzucania i podrzucania dzieci.

Opiekę Ośrodka nad dzieckiem można podzielić na dwa zasadnicze zakresy:

1) pośredni, polegający na poprawianiu warunków bytu dziecka (materialnych, zdrowotnych, moralnych) w jego otoczeniu rodzinnym — w środowisku, w którym się wychowuje;

2) bezpośredni, mający na celu kompensowanie braków, których rodzina wyrównać nie jest w stanie.

Pierwszy z tych zakresów opieki został już szczegółowo omówiony w poprzednich artykułach. Obecnie pozostaje do rozpatrzenia zakres pomocy bezpośredniej dziecku, stosowanej przez Ośrodek w obu jego działach: dziale zdrowia i dziale opieki.

Dla ułatwienia podzielimy wiek dziecięcy (0—14 lat) na trzy okresy według praktyki opiekuńczo-higienicznej: wiek 0—2 lat nazwiemy niemowlęcym, 2—7 lat — przedszkolnym, 7—14 — szkolnym.

Wiek 0—2 lat to wiek największych niebezpieczeństw, czyhających na zdrowie i życie dziecka i dający najwyższą śmiertelność; to też w opiekę nad tym okresem życia dziecka włożono wiele wysiłków szczególnie w dziale zdrowia Ośrodka. Opieka ta rozpoczyna się już właściwie przez akcję **poradni dla matek ciężarnych.** Z poradni tych korzysta obecnie około 15% kobiet ciężarnych w Warszawie*). Następnym etapem, który znalazł już znacznie większe zrozumienie wśród społeczeństwa stolicy, są **poradnie dla niemowląt.** Jest ich obecnie 11; pierwsza z nich powstała w 1925 r. w I Ośrodku. Poradnie w Ośrodkach wykazują stały rozwój, objawiający się stałym wzrostem frekwencji. Zasadniczą działalnością poradni niemowlęcej jest pouczanie matek o racjonalnym wychowaniu dziecka. Czyni to zarówno lekarz na miejscu podczas oględzin dziecka w poradni, jak i pielęgniarka podczas odwiedzin w domu. Rola pielęgniarki jest nieraz bardzo trudna — musi ona w warunkach niejednokrotnie nader ciężkich, pouczyć matkę jak powinna postępować, aby racjonalnie wypełnić polecenia lekarskie i uchronić maleństwo od różnych tak licznych niebezpieczeństw, które mu grożą. Nie tylko z trudnościami materialnymi pielęgniarka zmuszona jest walczyć, często musi przezwyciężać bierność, opór, lub ciemnotę matki, co zresztą spotyka się i w innych dziedzinach pracy, zarówno w dziale zdrowia jak i w dziale opieki.

Leczenie chorego dziecka nie wchodzi w zakres działania poradni dla niemowiąt. Prowadzi ona wyłącznie akcję zapobiegania chorobom, wszelkiego rodzaju skrzywieniom rozwojowym, niedociągnięciom itp. Chore dziecko, nie mające prawa do żadnej pomocy lekarskiej, może być leczone w Poradni dla Ubogich, skąd w razie potrzeby jest odsyłane do specjalistów w miejskich ambulatoriach.

Istnieniu poradni niemowlęcych zawdzięcza się stały spadek śmiertelności niemowląt, obserwowany w Warszawie. Z badań wynika, że umieralność niemowląt, objętych opieką

---

*) B. Gubrynowiczowa. „Pomoc kobiecie ciężarnej". — Opiekun Społeczny nr 6 (21) 1938 r.

poradni, jest parokrotnie niższa niż tych, które się do poradni nie zgłosiły*).

W 1937 roku było pod opieką poradni niemowlęcych w Ośrodkach Z. i O. przeszło 9,5 tys. niemowląt w wieku 0—2 lat. Stanowi to blisko czwartą część ogółu dzieci w tym wieku w Warszawie. W tym czasie udzielono przeszło 45 tys. porad lekarskich, dokonano odwiedzin pielęgniarskich około 25 tysięcy**).



Poradnia dla niemowląt w II Ośrodku.

Poradnie niemowlęce korzystają z **kuchni mlecznych,** zorganizowanych w celu umożliwienia sztucznego karmienia niemowląt, które nie mogą być karmione piersią. W 1937 roku poradnie miejskie wydały około 127 tys. litrów mleka pasteuryzowanego i przeszło 657 tys. butelek mieszanek**).

Od niedawna wprowadzono w poradniach **konkursy dla niemowląt.** Mają one na celu drogą współzawodnictwa pobudzić zainteresowanie matek sprawą niemowlęcia i wzmóc staranność w pielęgnowaniu go. Konkurs przewiduje różne nagrody w postaci wyprawek dla dziecka, książeczek K.K.O. itp.

---

*) Społeczna opieka higieniczna nad niemowlętami w Warszawie. Dr E. Grzegorzewski. Opiekun Społeczny nr 6. 1937 r.

**) Stan opieki nad niemowlętami w Warszawie. Dr M. Łącki. Opiekun Społeczny nr 5 (20). 1938 r.

Dział opieki Ośrodków Z. i O. ściśle współpracuje z działem zdrowia. Poza pośrednią pomocą, udzielaną matkom w formie różnorodnych świadczeń — niemowlęta otrzymują wyprawki, kocyki, ubranka, łóżeczka itp.

Poza tym umieszczane są w **żłobkach dziennych,** gdzie matka idąc do pracy zostawia dziecko i dopiero po skończonej pracy odbiera. Żłobki są wielkim dobrodziejstwem zarówno dla dziecka jak i dla matki. Dziecku zapewniają przebywanie w higienicznych warunkach, pod fachową opieką, matce — pewność, że podczas jej pracy dziecku nie dzieje się krzywda.

Zarząd Miejski subsydiuje obecnie 14 żłobków, do których można kierować niemowlęta z Ośrodków Z. i O. Około 800 dzieci dziennie korzysta ze żłobków*). Liczba ta jest jednak minimalna w stosunku do potrzeb Ośrodków, które odczuwają ciągle jeszcze ogromny brak żłobków dla swych dzieci. Oczywiście, że ideałem byłoby obywanie się bez żłobków, tj. stworzenie niemowlętom takich warunków domowych, aby niepotrzebnym się stało skupianie ich razem w większej ilości i narażanie często na choroby zakaźne. Niestety jednak, przy dzisiejszym poziomie kulturalnym i materialnym rodzin ubogich o ideale tym możemy tylko marzyć i do niego stale dążyć.

Z zestawienia obu działów opieki Ośrodka nad okresem życia dziecka 0—2 lat wynika, że dział zdrowia postawiony jest na b. wysokim poziomie. Natomiast w dziale opieki dużo jest jeszcze do zrobienia, jakkolwiek stwierdzić trzeba stały postęp, dzięki ścisłej współpracy obu działów.

Okres życia dziecka od 2—7 lat nie przynosi już tak wielkich niebezpieczeństw jak wiek niemowlęctwa. Im bardziej racjonalnie było dziecko odżywiane i pielęgnowane jako niemowlę, tym bardziej potym jest silne i uodpornione.

Już w 3-im roku życia dziecko może być oddane do **przedszkola,** jakkolwiek przedszkola chętniej przyjmują czterolatki.

Na terenie stolicy mamy obecnie dostateczną liczbę przedszkoli miejskich, do których Ośrodki mogą kierować dzieci.

Rodziny ubogie coraz bardziej doceniają znaczenie przedszkoli dzięki temu, że Ośrodki nie szczędzą wysiłków propa-

*) Stan opieki nad niemowlętami w Warszawie. Dr M. Łącki. Opiekun Społeczny nr 5 (20). 1938 r.

gandy i pomocy. Jeżeli np. opiekunka, odwiedzająca staruszkę napotka przypadkiem dziecko w wieku przedszkolnym zaniedbane, a niezapisane do przedszkola — mimo iż tylko sprawą staruszki jest zainteresowana — bada przyczynę zaniedbania dziecka i dokłada wszelkich starań, aby dziecko do przedszkola było posyłane. Dla ułatwienia tego dział opieki Ośrodka przyznaje matkom fartuszki i ręczniki dla dzieci, płaszczyki, obuwie itp. Poza tym zwalnia z opłat za dożywianie i uczęszczanie do przedszkola.

Wiele rodzin zdaje już sobie sprawę, że dziecko lepiej się czuje i łatwiej uczy w szkole, jeśli przeszło przez przedszkole.

Bardzo wielką rolę odgrywa i wielką łatwość stanowi racjonalne rozmieszczenie przedszkoli. Największą bowiem trudnością przy posyłaniu dziecka do przedszkola jest pokonywanie przez nie odległości terenowych i strata czasu odprowadzającego je. W przypadkach, gdy przedszkole jest bardzo oddalone od mieszkania dziecka, Ośrodek kieruje je do przedszkola instytucji społecznej i płaci za nie ulgową opłatę. Są to jednak wyjątki.

Dzieci uczęszczające do przedszkoli podlegają okresowym oględzinom lekarskim w przedszkolu. Dla dzieci, zdradzających trudności wychowawcze przedszkola miejskie prowadzą poradnię wychowawczą.

Chore dziecko z rodzin wspieranych w wieku od 2—7 lat, podobnie jak niemowlę, może być leczone w poradni dla ubogich Ośrodka i w miarę potrzeby kierowane do specjalistów, szpitali, prewentoriów itp. Może również korzystać, tak jak dzieci z innych okresów życia — z poradni przeciwgruzliczej dziecięcej, przeciwjagliczej, przeciwwenerycznej, dentystycznej, z lampy kwarcowej itp.

Dzieci w wieku szkolnym stanowią wielką troskę Ośrodków i na opiekę nad tym okresem położony jest wielki nacisk. Już nawet szerszemu ogółowi społeczeństwa wiadomo, że plaga drugoroczności panująca wśród dzieci szkolnych w pierwszym rzędzie wywołana jest wielu brakami materialnymi, wobec czego dotyka przede wszystkim dziecko z rodziny ubogiej. Frekwencja dziecka w szkole najczęściej uzależniona jest od tego, czy ma ono płaszcz, obuwie, książki szkolne itp. Poza tym niedożywianie, brak miejsca na odrabianie lekcyj, odciąganie dziecka przez rodziców do pomocy w domu lub zarobkowania poza domem wpływa na przerywanie nauki na

dłuższe okresy czasu, odbieranie dziecka ze szkoły po 2, 3, 4-ech oddziałach lub zgoła nieposyłanie go do szkoły.

Z badań nad jedną z peryferyjnych dzielnic Warszawy wynika, że zaledwie około 20% dzieci kończy szkołę powszechną*).

W ogólnej walce z drugorocznością oraz zaniedbywaniem obowiązku szkolnego — Ośrodki postawiły sobie za cel wyrównywanie wszelkich braków, hamujących naukę dziecka — oczywiście w zakresie, dostępnym działalności Ośrodka. W tym celu Ośrodki są w ścisłym kontakcie ze szkołami powszechnymi za pośrednictwem poradni dla młodzieży. Szkoły sygnalizują potrzeby, opiekunki i pielęgniarki poza tym kierują z terenu różne sprawy. Wszystkie przypadki są następnie sprawdzane poprzez wywiady domowe, Ośrodki zaś w miarę możliwości starają się te potrzeby zaspokoić.

Odzież jest rozdawana uczniom w ten sam sposób jak i innym dzieciom. To znaczy, że matka otrzymuje skierowanie do szwalni Ośrodka i sama pod kierunkiem krawcowej kroi i szyje potrzebną sztukę odzieży. Tylko chore matki lub zatrudnione w godzinach szycia — są od szycia w szwalni zwalniane. Poza odzieżą nową dzieci, podobnie jak dorośli, otrzymują odzież używaną, zbieraną z darów prywatnych, praną i reperowaną przez bezrobotne kobiety, a rozdawaną w składach odzieżowych, prowadzonych przez opiekunów społecznych.

Obuwie dla dzieci Ośrodek zakupuje albo w Domu Pracy Dobrowolnej Zarządu Miejskiego, albo też daje obstalunki szewcom, zamieszkałym w okręgu opiekuńczym Ośrodka.

Na początku bieżącego roku szkolnego opiekunowie społeczni przy kilku Ośrodkach założyli **wypożyczalnie książek szkolnych.** Poza nowymi książkami, zakupionymi z funduszów kas opiekunów społecznych — zbierano używane książki ze szkół lub domów prywatnych. Akcja ta stawia dopiero pierwsze kroki, jest jednak nadzieja, że w najbliższej przyszłości nie będzie ani jednego ubogiego dziecka, któremu brakowałoby książki do nauki, tym więcej, że Stołeczny Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży, Polska Macierz Szkolna i inne instytucje zaopatrują dzieci w książki szkolne.

---

*) Społeczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych. Prace z pedagogiki społecznej pod redakcją H. Radlińskiej. Naukowe Tow. Pedagogiczne. W-wa 1937.

Dożywianie dzieci szkolnych*) prowadzi Stołeczny Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży, oczywiście z uwzględnieniem dzieci najuboższych, tym samym rekrutujących się najczęściej z rodzin wspieranych przez Ośrodki. Dzieci otrzymują w szkołach talerz gorącej zupy lub kubek mleka z chlebem.

Niektórym poradniom dla młodzieży udało się w 1937 r. zająć się **douczaniem dzieci** cofniętych w nauce, zaniedbanych lub analfabetów. Dziecku udziela korepetycji albo harcerz, współpracujący ochotniczo z poradnią dla młodzieży, albo opiekun społeczny czy jego znajomy lub krewny, albo wreszcie petent — inteligent, odpracowujący w ten sposób zapomogę, otrzymywaną z Ośrodka. Nie jest to jednak jakaś zorganizowana akcja, raczej pomoc w kilkunastu poszczególnych przypadkach.

Poradnia dla młodzieży musi również pokonywać wiele trudności, aby móc już po rozpoczęciu roku szkolnego umieścić w szkole dziecko, wyłowione z terenu, przez niedbalstwo niezapisane w odpowiednim czasie do szkoły. Na podstawie doświadczeń stwierdzić trzeba, że dzieci całkiem nieposyłane do szkoły są to przede wszystkim dzieci z rodzin, stojących na najniższym poziomie kulturalnym lub sieroty, tułające się po różnych krewnych i znajomych.

Opieka lekarska, sprawowana stale nad dziećmi szkolnymi, tzw. **higiena szkolna** została w ostatnich czasach zespolona z działem zdrowia Ośrodka. Łączność ta polega na współpracy lekarza szkolnego i higienistek z jednej strony — z poradniami zapobiegawczymi (przeciwgruźliczą, przeciwweneryczną i dentystyczną), z drugiej zaś — z urzędem sanitarnym w walce z chorobami zakaźnymi wieku dziecięcego.

Higienistka szkolna odwiedza dzieci, które przez 3 dni bez usprawiedliwienia są nieobecne w szkole. Jeżeli podczas odwiedzin stwierdzi podejrzenie choroby zakaźnej — natychmiast powiadamia o tym urząd sanitarny. Lekarz sanitarny po stwierdzeniu choroby zakaźnej zawiadamia o tym szkołę, która wszczyna odpowiednie kroki ostrożności.

Podstawą współpracy poradni przeciwgruźliczej i przeciwjagliczej ze szkołą jest powiadamianie szkoły o dzieciach,

---

*) U przeszło 15,5% dzieci szkolnych w Warszawie stwierdza się zły stan odżywiania.

w rodzinie których panuje choroba społeczna. Higienistka szkolna odnotowuje to na karcie lekarskiej dziecka i następnie pilnuje, aby dziecko, stykające się stale z chorym na gruźlicę czy jaglicę, regularnie zjawiało się w odpowiedniej poradni. I odwrotnie — jeśli lekarz szkolny ma podejrzenie lub stwierdzi chorobę społeczną u dziecka w szkole, zawiadamia o tym poradnię, która roztacza wówczas opiekę nad rodziną dziecka.

Higienistki szkolne kierują chore dzieci do lekarza ubogich, który udziela porady, przynajmniej jednorazowej, nie tylko dziecku z rodziny wspieranej przez Ośrodek, lecz każdemu nieuprawnionemu do jakiejkolwiek pomocy lekarskiej.

Urządzeniami, które w znacznym stopniu wyrównują braki opieki i wychowania rodzinnego, są **kolonie i półkolonie** letnie dla dzieci.

Ze znaczenia wczasów dla życia dziecka najszerszy ogół społeczeństwa dostatecznie zdaje sobie sprawę. Zbędnym jest więc uzasadnianie doniosłości dostarczenia dziecku słońca i powietrza chociażby w ciągu jednego miesiąca wakacyj. Szczególną wagę mają kolonie lub półkolonie letnie dla dzieci z przeludnionych, wilgotnych, ciemnych suteren i poddaszy.

Dzieci rodzin, będących pod opieką Ośrodka, mogą korzystać z kolonii leczniczych lub wypoczynkowych oraz półkolonii letnich.

Na kolonie lecznicze, organizowane przeważnie przez Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą kierowane są dzieci b. wątłe, chorowite lub zagrożone gruźlicą. Przede wszystkim bierze się pod uwagę dzieci ze środowisk gruźliczych.

Kolonie wypoczynkowe, urządzane przez rozmaite instytucje jak: Stoł. Komitet Pomocy Dzieciom i Młodzieży, Osiedle, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Tow. Kolonii Letnich im. Markiewicza itp., przeznaczone są raczej dla dzieci najuboższych, choć i tu decydującą rolę odgrywa również często kontakt z gruźlicą. Ostatnio do powiększenia liczby dzieci, wyjeżdżających na kolonie wypoczynkowe z Ośrodków — przyczynili się bardzo opiekunowie społeczni. Urządzają oni w tym celu wiosną kwesty uliczne i z tych funduszów mogą sobie pozwolić na wysłanie kilkuset dzieci.

Od kilku lat liczbę dzieci, wyjeżdżających na kolonie letnie wydatnie zmniejszono, skierowując je na półkolonie

letnie. Wiadomo, że półkolonie nie mogą zastąpić całkowicie kolonii, jednak jako mniej kosztowne mogą służyć znacznie większej liczbie dzieci. Terenami półkolonii są parki, ogrody, ogródki jordanowskie itp. Dąży się do tego, aby nie było dziecka z rodziny ubogiej, które nie zostałoby posłane przynajmniej na półkolonie. W bieżącym roku szwalnie przy Ośrodkach uszyły około 3.000 sztuk płóciennych „pajacyków" dla dzieci, uczęszczających na półkolonie letnie.

Spośród akcyj ogólnych, obejmujących wszystkie okresy dziecięctwa wymienić należy umieszczanie dzieci w rodzinach lub zakładach (dotyczy maleńkich) na czas pobytu matki w szpitalu, więzieniu, zakładzie itp. W tych wypadkach Ośrodek przyznaje dziecku zapomogę, którą wypłaca rodzinie, biorącej dziecko pod opiekę. Zazwyczaj Ośrodki posiadają kilka rodzin, godnych zaufania, uczciwych, zdrowych, w których w razie potrzeby można umieścić dziecko.

Wiele Ośrodków posiada **kąpieliska**, z których poza dorosłymi mogą korzystać i dzieci w nieograniczonej liczbie.

Na zakończenie wspomnieć trzeba o rozrywkach, urządzanych dzieciom przez Ośrodki. Najważniejszą, tradycyjnie co roku organizowaną, jest **gwiazdka** w okresie Świąt Bożego Narodzenia. Wielki udział w urządzaniu tej uroczystości biorą opiekunowie społeczni. Program, zawierający śpiewy, obrazki sceniczne, popisy oraz rozdawnictwo słodyczy, odzieży, zabawek itp. sprawia dzieciom z rodzin wspieranych przez Ośrodki wielką radość.

Poradnie dla młodzieży w Ośrodkach Zdrowia i Opieki.

Ośrodki Zdrowia i Opieki, prowadząc całokształt opieki nad rodzinami uprawnionymi do pomocy, zgłaszały z terenu coraz bardziej wzrastające potrzeby młodzieży, których istniejący aparat opiekuńczy zaspokoić nie był w stanie. Zaszła przeto konieczność ujęcia opieki nad młodzieżą w plan specjalny.

Powołana została zatem do życia w każdym Ośrodku komórka — poświęcona zagadnieniom młodzieżowym, którą nazwano poradnią dla młodzieży. Poradnię prowadzi specjalnie przydzielony wykwalifikowany personel, który wiąże swą pracę z całością organizacji Ośrodka.

Poradnie rozpoczęły pracę we wszystkich 10-ciu Ośrodkach od lutego 1938 r. (Poradnię eksperymentalną uruchomiono w II Ośrodku już w styczniu 1937 r.*). Jest to więc działalność nowa, która wymagała opracowania organizacji i ustalenia form pomocy.

W pierwszym stadium roboty przeprowadzono na podstawie istniejących w Ośrodkach akt rodzin rejestrację młodzieży na specjalnych kartach indywidualnych.

Rejestracja młodzieży pozaszkolnej objęła grupę wieku od 14-tu do 20-tu lat włącznie. Według roczników (od 1918 do 1924 wł.) liczba tej młodzieży, w rodzinach pozostających w zasięgu działalności Ośrodków, przedstawia się w sposób następujący:

1918		1919		1920		1921		1922		1923		1924		Razem	
299		559		890		854		1160		1273		1238		6273	
155	144	284	275	431	459	432	422	577	583	618	655	623	615	3120	3153
ch.	dz.	ch.	dz.	ch.	dz.	ch.	dz.	ch.	ch.	ch.	dz.	ch.	dz.	ch.	dz.

W tym młodzieży wyznania rzymsko-katolickiego — 5 060
„ „ „ „ mojżeszowego — 1 162
„ „ „ innych wyznań — 51

*) Patrz art. „Poradnie dla młodzieży" — E. Manteuffel, Opiekun Społeczny, nr 10/11 r. 1937.

Ponieważ ogółem młodzieży z tych roczników jest w Warszawie 138 990, a zatem omawiana przez nas grupa stanowi 4,5% tej młodzieży.

Jakkolwiek procent zarejestrowanej w poradniach młodzieży jest nieduży w stosunku do ogółu zamieszkałej w Warszawie młodzieży i nie obejmuje wszystkich potrzebujących pomocy, to jednak waga jego gatunkowa przedstawia się bardzo poważnie, bowiem procent ten zawiera grupę najbardziej potrzebującą wnikliwej i wszechstronnej opieki ,ze względu na najcięższe jej warunki rozwoju i bytowania. Dorastają w warstwie tej coraz liczniejsze roczniki potrzebujące nauki i pracy.

W jakiej zatem mierze dostępna jest dla nich nauka i praca? Badania przeprowadzone w poradniach w czasie przyjęć, wywiadów itd. stwierdzają, iż 33% zarejestrowanej młodzieży nie posiada minimalnego przygotowania do szkolenia zawodowego (biorąc pod uwagę, iż niezbędne minimum podstawowego wykształcenia daje ukończenie 5-ciu oddziałów szkoły powszechnej), w tym analfabetów jest 3%. Brak jakiegokolwiek udziału w życiu kulturalnym powoduje nieraz powrotny analfabetyzm, a często półanalfabetyzm; są wypadki, że młodzież z ukończonymi przed paru laty 5-ma oddziałami szkoły powszechnej z trudem pisze. Kształceniu zawodowemu podlega, niestety, nikły odsetek młodzieży, która w większości wypadków nauki nie kończy.

Zarobkowanie młodzieży nosi charakter przeważnie dorywczy, nie otwiera żadnej perspektywy na przyszłość. Zaczyna się ono bardzo wcześnie. Ustawowa minimalna granica wieku zatrudnienia (15 lat) w praktyce jest fikcją. Młodociani są wyzyskiwani jako tańsza siła, zastępująca pracę dorosłego.

Praktyka zowodowa młodzieży — najczęściej nie ma nic wspólnego z nauką. Młodzież trafia do bylejakich zakładów, w których pracując, nie uczy się zawodu. Bywają wypadki, że młodzież jest przyjmowana na bezpłatny okres próbny, w czasie którego musi wysługiwać się pracodawcom i po wygaśnięciu okresu jest zwalniana. Umowy o naukę terminatorów z reguły nie są zawierane.

Z ogólnej liczby młodzieży zarejestrowanej pracuje w charakterze robotnika lub „ucznia“ 26% młodzieży.

Wychowawcami młodzieży są rodzice wyczerpani długotrwałą nędzą, zdemoralizowani przymusową bezczynnością,

lub umęczeni ustawiczną pogonią za dorywczym zarobkiem. Ludzie tacy nawet pozorów racjonalnego wychowania dać nie mogą. Młodzież sama nie widzi przed sobą wytkniętej drogi. Wszystko to stwarza warunki, które sprzyjają wytwarzaniu się typu ulicznika, balansującego pomiędzy żebractwem i występkiem. Próby w kierunku zmiany trybu życia są znikome. Skierowani po pewne świadczenia, o ile nie są one konkretnie materialnej natury — nie zgłoszą się najczęściej, wciągnięci do zespołów nie czynią nic, by się w nich utrzymać, albo zrywają nawiązane stosunki bez żadnego powodu. Udział w jakimś zespole bywa pretekstem do stawiania wymagań: żądano np. zapomogi z Ośrodka za poddanie się przeszkoleniu zawodowemu. Trudno podnieść kwalifikacje środowiska, w którym zrozumienie konieczności kształcenia jest rzadkie. Chodzi tam przede wszystkim o to, by dostać zarobek i trzeba dużego nieraz wysiłku, żeby przekonać ich, że warto o przyszłości pomyśleć.

Nie wychowuje tej młodzieży ani rodzina, ani nauka, ani praca — wychowuje ulica. Zorganizowane bandy chłopców urządzają napady. Prostytucję wśród 17 — 18-letnich, a nawet i młodszych, dziewcząt spotykamy stosunkowo często. Niemożność zawierania małżeństw z powodu braku zarobków powoduje niejednokrotnie nieślubne macierzyństwo wśród młodocianych dziewcząt.

Rozpatrując jasne strony psychiki młodzieży, spostrzegamy, że część jej, szczególnie młodsze roczniki z ukończoną szkołą powszechną, liczą wśród siebie sporo elementu dodatniego o czynnej postawie wobec życia, nieraz dużych zdolnościach, a nawet talentach.

Poradnie dla młodzieży oparły pracę na indywidualnym załatwianiu spraw młodzieży, przy równoczesnym utrzymaniu kontaktu z rodzicami. Podstawą działalności były dotychczasowe informacje o środowisku, z którego młodzież pochodzi i znajomość rodzin ze strony zespołów opiekuńczych w Ośrodku.

Plan opieki nad młodzieżą, którą mają za zadanie realizować poradnie dla młodzieży, przedstawia się następująco:

I. Przeprowadzenie rejestracji dzieci i młodzieży do lat 20-tu (rodzin korzystających z pomocy Ośrodka), z wyodrębnieniem 3-ch grup: dzieci przedszkolnych, szkolnych i młodzieży pozaszkolnej.

II. Roztoczenie specjalnej opieki nad młodzieżą pozaszkolną przez:

1) zaznajomienie się z przygotowaniem szkolnym i uzdolnieniami młodzieży drogą obserwacji w poradniach, dokonanych wywiadów, zebrania opinii szkoły i kierowania do badań psychotechnicznych;

2) podniesienie poziomu przygotowania w zakresie szkoły powszechnej przez skierowanie do szkół wieczorowych i zorganizowanie douczania;

3) kształcenie i przysposobienie zawodowe przez kierowwanie do szkół zawodowych, na kursy, praktyki zawodowe itp;

4) zatrudnienie przez kierowanie do pośrednictwa pracy i pośredniczenie w wyszukiwaniu pracy;

5) porozumienie ze szkołami i pracodawcami i kontrola wyników nauki, praktyki i pracy;

6) opieka nad zdrowiem przez kierowanie do odpowiednich poradni lekarskich, oraz pomoc prawna przez adwokatów Ośrodków;

7) akcja wychowawcza przez kierowanie do instytucji wychowawczych, świetlic, czytelni, ewentualnie nadzór nad zorganizowanymi zespołami młodzieży w Ośrodku;

8) występowanie w charakterze łącznika między Ośrodkiem, a poszczególnymi instytucjami na danym terenie, zajmującymi się pomocą młodzieży;

9) poza wykonaniem całokształtu opieki nad młodzieżą pozaszkolną, planuje się w miarę możności i czasu wgląd w wykonanie obowiązku szkolnego.

Praca poradni jest bardzo utrudniona, gdyż sprawa organizacji życia młodzieży nie jest u nas dotychczas należycie postawiona.

Brak odpowiedniej ilości szkół zawodowych — liczba kandydatów znacznie przekracza pojemność zakładów (dla przykładu: na 200 wolnych miejsc do I Miejskiej Szkoły Rzemieślniczej zgłosiło się 1 060 kandydatów. W pozostałych szkołach liczba kandydatów przekracza dwu i trzykrotnie liczbę miejsc). Nie ma również w Warszawie dosyć szkół dokształcających zawodowych, nawet dla młodzieży pracującej, i szkół wieczorowych. W warsztatach i fabrykach za mało jest miejsc prze-

znaczonych dla praktykantów. Ogólne bezrobocie uniemożliwia zatrudnienie większych grup młodzieży.

Zasadnicze te potrzeby domagały się przepracowania planu akcji pomocy młodzieży.

Staraniem delegowanej przez Ministerstwo Opieki Społecznej p. Inspektorki J. Miedzińskiej wespół z Wydziałem Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego i przedstawicielami Funduszu Pracy, opracowany został projekt organizacji opieki nad młodzieżą. Projekt ten (który podajemy w najogólniejszych zarysach) przewiduje powołanie do życia przy Ministerstwie Opieki Społecznej Komitetu do Spraw Młodzieży, który realizowałby plan pomocy młodzieży przez Biuro do Spraw Młodzieży, rozwijające swą działalność (narazie tylko w Warszawie) w następujących kierunkach:

1) Badania możliwości zatrudnienia i w związku z tym pożądanych kierunków szkolenia. Inicjatywa nowych możliwości zatrudnienia;
2) Szkolenia i przysposobienia zawodowego według wskazówek działu I i we własnym zakresie pracy Biura do spraw Młodzieży lub przez inne fachowe instytucje;
3) Pośrednictwa pracy;
4) Poradnictwa zawodowego i psychotechniki przy wykorzystaniu istniejących placówek i ewentualnym rozszerzeniu ich działalności;
5) Ognisk pracy dla młodzieży poza istniejącymi możliwościami na rynku pracy.

Poradnie w Ośrodkach (przy rozszerzonym zakresie ich działania) spełniałyby rolę łącznika między Biurem a młodzieżą potrzebującą pomocy, kierując ją po przeprowadzeniu selekcji, do odpowiednich działów Biura.

Do chwili realizacji projektu pomocy młodzieży poradnie prowadzą pracę w Ośrodkach przy pomocy finansowej Funduszu Pracy, który w pełni rozumienia doniosłości zadań opieki nad młodzieżą — bierze na siebie pokrycie wydatków personalnych.

Poradnie zapoczątkowały współpracę z Oddziałem Pośrednictwa Pracy dla Młodocianych Funduszu Pracy i jego poradnią zawodową.

Główny więc ciężar pracy, jak dotychczas, w akcji pomocy młodzieży najbardziej potrzebującej, oparty jest wy-

łącznie o poradnie dla młodzieży w Ośrodkach i o Oddział Pośrednictwa Pracy dla Młodocianych Funduszu Pracy.

Inicjatorzy jednak akcji młodzieżowej nie są w stanie zadośćuczynić wszystkim potrzebom, które problem młodzieży nasuwa. Konieczne jest tu współdziałanie wszystkich czynników, które mogą mieć wpływ na normalny rozwój życia młodzieży.

Liczbowe zestawienie prac poradni dla grupy młodziezy pozaszkolnej, za półroczny okres pracy, przedstawia się następująco:

1) Przyjęto w poradniach młodzieży i rodziców . . .	11 016
2) Dokonano wywiadów	381
3) Dokonano interwencji w sprawach nauki, praktyki pracy i innych	1 686
4) Skierowano do badań psychotechnicznych (poza zebraniem wyników badań psychotechnicznych młodzieży opuszczającej szkołę powszechną)	133
5) Umieszczono w szkołach: wieczorowych — 327, dokształcających zawodowych — 133, kursach i szkołach zawodowych — 181 — razem	641
6) Skierowano na kursy prowadzone przez Ośrodki . .	48
7) Umieszczono na praktyce zawodowej	147
8) Skierowano do pośrednictwa pracy	397
9) Zapośredniczono w dostarczaniu pracy	125
10) Skierowano do ogródków działkowych	75
11) Skierowano do świetlic	145
12) Skierowano do czytelni	396
13) Skierowano do adwokatów w Ośrodkach	12
14) Wyrobiono dokumenty (metryki, świadectwa szkolne)	806
15) Skierowano do poradni lekarskich w Ośrodkach .	223

Przy niektórych Ośrodkach prowadzi się zorganizowane zespoły młodzieży: 5 świetlic (z tych 4 prowadzone są przez opiekunów społecznych), warsztat zabawkarski, kurs trykotarski i zastęp harcerski.

Do poradni młodzież była wzywana lub zgłaszała się sama. Samorzutne zgłoszenia — to prośba przede wszystkim o pracę, następnie o praktykę, szkołę, wreszcie o pomoc w rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych. Czasem przychodzi młodzież, żeby „pogadać" — poradzić się w różnych sprawach. Zainteresowanie rodziców poradnią było duże — w czasie ostatnich miesięcy pracy z liczby samorzutnych zgłoszeń ¼ przypada na rodziców. Okoliczność ta dopiero umożliwia racjonalne

urzeczywistnienie planu pomocy młodzieży. Z ważnych usiłowań poradni należałoby podkreślić wpływanie na rodziców, w kierunku zaprzestania wypędzania dorastającej młodzieży z domu na ulicę po zarobek.

Okres prac poradni, ze względu na czas jaki obejmuje, wypełniony był głównie umieszczaniem młodzieży w szkołach. Praca ta polegała na „zdobywaniu" miejsc, niejednokrotnie drogą osobistej interwencji, w szkole. Do szkół zawodowych skierowano więcej młodzieży niż obecnie uczęszcza. Niestety bowiem młodzież nasza często przy egzaminie pada — jest to skutkiem ogólnego niskiego poziomu środowiska i ciężkich warunków materialnych i, pomimo posiadanych niekiedy zdolności, nie wytrzymuje konkurencji przy egzaminach wstępnych.

Zdobywanie miejsc praktyki zawodowej napotyka na duże trudności, gdyż pracodawcy przyjmują terminatorów niechętnie ze względu na brak miejsc i wbrew ustawie, żądają za nie opłat (ostatnio stolarz meblowy zażądał za 3-letnie szkolenie chłopca 2 tysiące złotych).

Obecnie w szkołach i na praktyce zawodowej uczy się młodzież w 48-miu zawodach w zależności od uzdolnień, zamiłowań, tradycji zawodowej rodziny, poziomu środowiska i możliwości zdobycia pracy. Dla przykładu podajemy kilka kierunków kształcenia: chemiczno-przemysłowy, elektrotechnika, grafika, kreślarstwo, lotnictwo, miernictwo, muzyka, radiomechanika, spółdzielczość, zdobnictwo.

Młodzież uczy się na koszt Wydziału Opieki i Zdrowia, jednak również od rodziców, w miarę ich możności, wymaga się wpłacania choć drobnych kwot. Młodzież starsza zdolniejsza douczała innych potrzebujących pomocy w nauce i w ten sposób „zarabiała" na swoje kształcenie. Unikamy w miarę możności przyzwyczajania naszej młodzieży do stałego pobierania świadczeń i w tych wypadkach, gdzie ze względów społeczno-wychowawczych można wymagać pewnego rodzaju rekompensaty ze strony świadczonego, tam zawsze umożliwiamy ją w postaci np. pomocy w nauce młodszym kolegom, współudziału w organizowaniu zespołów itp.

Do zapoczątkowanej akcji wdrażania młodzieży do pracy w ogródkach działkowych przywiązujemy dużą wagę, w pierwszym rzędzie ze względu na to, że styka się tu żywioł bez-

robotny z normalnie wciągniętym do pracy i wyrównuje przez to swój poziom psychiczny.

Akcja wychowawcza w toku realizacji nawiązuje porozumienie z szeregiem instytucji (dotychczas nawiązano współpracę z Harcerstwem, Junackimi Hufcami Pracy, kuratorami Sądu dla Nieletnich, Komisją Opieki Psychologicznej przy Inspektoracie Szkolnym w Warszawie) dla tym pełniejszego rozwinięcia programu wychowania i uspołecznienia młodzieży.

Praca nasza jest prowadzona wśród najciemniejszej i najbezbronniejszej warstwy społeczeństwa. W pracy wśród naszej podopiecznej młodzieży chodzi o podtrzymanie słabnącej energii, rozbudzenie w niej zainteresowania, wskazanie dróg postępowania.

Opieka nad niezdolnymi do pracy.

Niezdolni do pracy, którzy korzystają z pomocy miejskich Ośrodków Zdrowia i Opieki to kaleki, anormalni, chorzy i starcy, samotni ubodzy, bądź też członkowie rodzin ubogich.

Jest to liczna grupa wspieranych, wielu z nich pozostaje na opiece m. st. Warszawy trwale, t. j. od czasu zakwalifikowania do opieki, przeważnie aż do końca swojego życia

Osoby tej grupy wspieranych to jednostki, które utraciły zdolność zarobkowania, a w dodatku często bardzo niezaradne.

Działalność Ośrodków Zdrowia i Opieki w pierwszym rzędzie stara się podtrzymać ich egzystencję przez udzielenie doraźnej zapomogi i rady. Dalej, w zależności od wyników wywiadu, przeprowadzonego przez opiekuna miejskiego lub społecznego, następuje:

a) udzielanie zapomóg czasowych, bądź stałych,

b) odszukiwanie rodzin zobowiązanych do opieki,

c) pomoc prawna przy wyjednywaniu rent starczych i inwalidzkich w instytucjach, w których wspierany był ubezpieczony, w wypadku stwierdzenia, że renta taka wspieranemu przysługuje,

d) umieszczanie w zakładach zamkniętych zupełnie niedołężnych, a pozbawionych opieki ze strony rodziny,

e) wreszcie w wypadkach stwierdzenia, że podopieczny posiada prawa do opieki trwałej w gminie innej, następuje w drodze korespondencyjnej ustalenie, czy dana gmina żąda przesłania podopiecznego na swój teren, czy też pragnie ponosić koszty jego utrzymania. W tym ostatnim wypadku koszty udzielanej pomocy są przekazywane do rewindykacji.

Zapomogi pieniężne lub w naturze (żywność i odzież) udzielane są w wypadku, kiedy podopieczny pozostaje w rodzinie własnej bądź obcej. Zdarzają się wypadki konieczności urządzenia podopiecznych w rodzinach obcych, ponieważ w rodzinach własnych są poniewierani, maltretowani, a często nawet bici.

Często spotykane są wypadki świadomego uchylania się rodzin ustawowo zobowiązanych do opieki, a nawet zdarza się,

że rodziny te swoich niedołężnych bliskich podrzucają na ulicy w Warszawie, chociaż same zamieszkują na terenie innej gminy. Ośrodek Z i O po ustaleniu zobowiązanej, a uchylającej się od opieki rodziny, przeprowadza za pośrednictwem swojej poradni prawnej proces o alimenty.

Renty starcze i inwalidzkie są niewystarczające, tymbardziej, że otrzymujący je mają często na utrzymaniu swoim niezdolne do zarobkowania dzieci a czasem osierocone wnuki. Często więc zdarza się, że zapomogi pieniężne są również udzielane rodzinom, w których jedna z osób otrzymuje zapomogę starczą z Ubezpieczalni Społecznej. Udzielane zapomogi (renty starcze) w wysokości 20 zł — pracownikom fizycznym, nie wystarczają na opłacenie komornego, wyżywienie i kupno odzieży.

W wypadku niemożności urządzenia podopiecznego w rodzinie własnej lub obcej, lub w wypadku istotnej potrzeby umieszczenia podopiecznego w zakładzie specjalnym, bądź w szpitalu, Ośrodek po stwierdzeniu tej potrzeby kieruje sprawę do właściwego referatu Wydziału Opieki Społ. i Zdr. Publ.

Grupa tych podopiecznych, jak na wstępie zaznaczono, jest liczna i długotrwała i obciąża poważnie budżet opieki społecznej. Zmniejszyć ją można tylko w przyszłości, a osiągnąć będzie można to tylko drogą systematycznej, planowej akcji, wnikającej głęboko do rodzin załamujących się psychicznie. Różne tu są przyczyny występujące na wstępie pojedyńczo, wkrótce jednak mnożące się.

Choroba czy bezrobocie głowy rodziny, jednakowo mają zgubne skutki dla całej rodziny. Rodzina finansowo, czy moralnie słaba, wytrącona z równowagi budżetowej, zbacza na manowce życia. Jej nowe pokolenie deprawuje się, dając w przyszłości społeczeństwu jednostki małowartościowe, często obciążone dziedzicznymi chorobami, niezdolne do pracy, niemoralne, słabego zdrowia, umierające często w wieku młodym. Rodzice tych rodzin na stare lata nie mają oparcia dlatego, że utworzone przez nich rodziny przestały istnieć, bądź też nie mogą zdobyć środków utrzymania, albo też zdobywają je w sposób niewłaściwy (sutenerstwo, prostytucja, kradzież itp.), a trudno od takiej rodziny oczekiwać, aby poczuwała się do jakiegokolwiek obowiązku, a cóż dopiero do utrzymywania członków rodziny, niezdolnych do zarobkowania.

Omawiana przez nas grupa wspieranych jest bardzo liczna. W końcu marca r. b. było pod opieką Ośrodków:

531 — kalek
58 — anormalnych
1572 — chronicznie chorych
3656 — starców.

* * *

Reasumując, Ośrodki dążą do tego, by w miarę możności, roztoczyć opiekę nad starcami w rodzinach. Ci jednak ze starców, których nie można urządzić na terenie rodziny, kierowani są przez Ośrodki do zakładów opiekuńczych.

Oczywiście, że Ośrodki wzamian za pomoc udzielaną niezdolnym do pracy, nie żądają od nich żadnych świadczeń wzajemnych. Przeciwnie nawet, starają się im, poza wsparciem materialnym, dostarczyć przyjemności i rozrywek.

Co roku, w okresie Bożego Narodzenia — opiekunowie społeczni, bądź przy udziale Ośrodka, bądź na własną rękę, organizują — wieczerze wigilijne. Również i na Wielkanoc urządzane są zebrania dla starców — połączone z rozdawnictwem odzieży, czy paczek żywnościowych.

Każdy, kto uczestniczył w jednym z takich zebrań, mógł przekonać się, z jaką wdzięcznością odnoszą się starcy do poczynań Ośrodków. Czują bowiem, że nie są już tak osamotnieni, że jest jeszcze ktoś, kto o nich myśli i pragnie osłodzić im ostatnie lata życia.

Dr JAN KONOPNICKI.

Scalenie służby zdrowotnej i opiekuńczej w Ośrodku.

Scalenie służby zdrowia i opieki w jednej jednostce organizacyjnej — terenowym Ośrodku Zdrowia i Opieki — wielu jeszcze działaczom nasuwa wątpliwości co do swej celowości.

Spotykamy się z zarzutem, że skala działalności tych służb jest różna: służba opieki społecznej obejmuje pewną tylko grupę mieszkańców, a mianowicie najuboższych. Służba zdrowia zaś roztacza opiekę nad stanem zdrowia i warunkami bytowania wszystkich obywateli gminy bez względu na stopień zamożności i stanowisko społeczne.

Tak jest w istocie. Sprobujmy jednak zanalizować działalność terenowej służby zdrowia w Ośrodku. Ma ona przede wszystkim charakter profilaktyczny, a więc dąży do zapobiegania chorobom i to jest jej cel główny, można powiedzieć— ideał, ku któremu dąży. Chodzi o stworzenie takich warunków egzystencji ludności, ażeby one nie tylko nie przyczyniały się do rozwoju chorób, lecz uniemożliwiały ich powstawanie, względnie niszczyły je w zarodku.

Jednym z ważniejszych zadań sanitariatu Ośrodka jest walka z ostrymi chorobami zakaźnymi, t. zw. epidemicznymi, jak dur brzuszny, plamisty, szkarlatyna, odra, dyfteryt itp.

Na powstanie choroby zakaźnej składa się wiele czynników, z tych najważniejsze są: obecność zarazka chorobotwórczego, stan odporności indywidualnej oraz warunki bytowania. Wszyscy podlegamy działaniu zarazków chorobotwórczych, lecz nie wszyscy, nawet w okresie b. silnej epidemii, ulegamy chorobie zakaźnej.

Odgrywa tu bardzo ważną rolę stan odporności indywidualnej. Jest to zjawisko biologiczne b. złożone, do dziś niezupełnie ściśle przez naukę określone. Odporność przeciw chorobie zakaźnej może być wrodzona, tj. oddziedziczona i wtedy jest najtrwalsza, może być zależna od wieku, im osobnik jest starszy tym trudniej ulega zakażeniu, niemowlę zaś jest wobec infekcji zupełnie bezbronne.

Ale nie mniej ważnym czynnikiem odporności są warunki bytu jednostek i rodzin.

Rodzina mieszkająca w wilgotnej suterenie, gdzie rzadko lub wcale nie zaglądają promienie słoneczne, stłoczona tak, że dosłownie brak jest miejsca na spoczynek w pozycji leżącej, odżywiająca się niedostatecznie i niehigienicznie, gdzie chorzy ze zdrowymi, dzieci z dorosłymi śpią w jednym łóżku — oto warunki, w których często walczyć musi lekarz sanitarny z chorobami zakaźnymi. Rodzina ta napewno więcej będzie podlegać chorobom zakaźnym i bez badań naukowych można stwierdzić, że stan jej odporności na choroby zakaźne będzie niedostateczny.

Służba sanitarna czyni na tym odcinku bardzo wielkie wysiłki. Wyszukuje sama i śpieszy na każde wezwanie chorego, stara się szybko określić rodzaj choroby jak i jej źródło, skierowuje natychmiast chorego do szpitala, jeżeli warunki mieszkaniowe grożą dalszym szerzeniem się zarazy. Obserwuje ludzi mających styczność z chorymi, przeprowadza masowe dezynfekcje celem zniszczenia zarazków chorobotwórczych, kąpie brudasów, walczy z insektami, jak wszy, pluskwy itp. Zapobiegawczo przeprowadza masowe szczepienia przeciw ospie, dyfterytowi, durowi brzusznemu, poucza o zasadach higieny osobistej. Ponadto kontroluje obieg i wytwarzanie produktów spożywczych, ażeby nie zatruwały one konsumentów przez szkodliwe domieszki i zepsucie, jak również nie szerzyły zarazków chorobotwórczych.

Jeżeli chodzi o warstwy zamożniejsze, posiadające pewien stopień kultury higienicznej i mieszkające w warunkach dobrych — praca sanitariatu jest najzupełniej wystarczająca, ażeby utrzymać pogotowie sanitarno-epidemiczne.

Jeszcze jaskrawiej bodaj występuje niedostateczność działania samej tylko służby zdrowia jeżeli chodzi o choroby zakaźne przewlekłe, jak gruźlica, jaglica, choroby weneryczne, oraz nadmierna śmiertelność niemowląt.

Choroby te najzupełniej słusznie nazwane zostały chorobami społecznymi, bowiem warunki społeczne odgrywają bardzo wielką rolę w ich powstawaniu, szerzeniu się i przebiegu.

Weźmy dla przykładu jedną z największych klęsk społecznych jaką jest choroba gruźlicy. Gruźlica jest chorobą zakaźną trwającą lata, nieraz dziesiątki lat. Leczenie jej jest trudne, długotrwałe i kosztowne. Często doprowadza do ruiny materialnej rodzinę, jeżeli zwłaszcza dotknie żywiciela — ojca.

Mimo istnienia w szerokim zakresie ubezpieczenia chorobowego nawet średnio zamożny człowiek nie może liczyć na

własne siły, bowiem zasoby materialne wyczerpują się stopniowo wobec długich okresów niezdolności do pracy. I cóż z tego, że zubożały chory otrzymuje później bezpłatnie leki i kosztowne leczenie szpitalne i sanatoryjne, gdy w domu nędza coraz bardziej daje się we znaki. Żona — matka zapracowuje się, aby wyrównać braki, sama przez długoletnie obcowanie z chorym jest zagrożona gruźlicą, względnie cała rodzina ulega później tej strasznej chorobie.

I tu mimo najlepiej zorganizowanej opieki lekarskiej w walce z gruźlicą musi przyjść z pomocą dział opiekuńczy i zająć się rodziną. Ścisłe zespolenie obu działów zdrowia i opieki zdaje tu najlepiej egzamin w walce z tą chorobą. Bez ścisłego współdziałania działu opieki profilaktyka w walce z gruźlicą nie mogłaby być realizowana.

Dzieci zagrożone dostają tran, są dożywiane w żłobkach, przedszkolach i szkołach, na cały dzień są umieszczane w sanatoriach dziennych, inne wysyłane są na szereg miesięcy do prewentoriów i szkół leśnych; w miesiącach letnich dzieci słabsze masowo umieszczane są na koloniach i półkoloniach letnich.

Chory gruźlik, który okresami może pracować, dostaje własne łóżko z pościelą, własną umywalnię z ręcznikiem, własną kieszonkową spluwaczkę; dzieci w wydzielonym kącie izby otrzymują własne łóżeczko, wyprawkę pościelową i osobistą. Dziecko chore na jaglicę ma własne przybory toaletowe i własny ręcznik — podstawowa rzecz obok leczenia w zwalczaniu tej choroby.

Matka znajdująca się w ciąży jest stale pod opieką poradni; gdy zbliża się poród Ośrodek stara się, by poród odbył się w zakładzie, a nie w domu. W zakładach położniczych istnieją t. zw. opiekunki przyzakładowe, które zaraz roztaczają opiekę nad matką-położnicą i noworodkiem. Badana jest krew matki i dziecka na odczyn Wassermana, aby wcześnie uchwycić moment zarażenia kiłowego i rozpocząć odpowiednie leczenie. W konsekwencji dociera się do chorego ojca i zmusza go do odpowiedniego leczenia. Ma to wielkie znaczenie w zapobieganiu i szerzeniu się tej strasznej w skutkach dla całych pokoleń choroby. Widzimy więc, że dzięki połączeniu obu działów w jednym Ośrodku umożliwiona i ułatwiona jest opieka nad zdrowiem całej rodziny, a nie pojedyńczego chorego. Dział zdrowia pozbawiony dawniej środków materialnych nie

mógł zapewnić wykonania zleceń, co w wysokim stopniu zniechęcało chorych, którzy najlepszych rad i wskazówek nie byli w stanie realizować.

Również dawne Stacje Opieki, pozbawione fachowych wskazówek ścisłej diagnostyki lekarskiej, nie zawsze sprawiedliwie i celowo rozdzielały środki materialne. Dział opiekuńczy, od kilku lat za przykładem działu zdrowia, stara się rozszerzyć swoją akcję w terenie i przejść z mechanicznego rozdawnictwa zapomóg pieniężnych indywidualnych na świadczenia w naturze i na organizację opieki nad całą rodziną. W myśl tego programu dział opiekuńczy Ośrodka organizuje opiekę nad młodzieżą starszą (14—18 lat), przez stworzenie poradni młodzieżowej mającej na celu dokształcanie fachowe młodzieży, kończącej szkołę powszechną.

Ponadto organizuje dla matek i dziewcząt kursy kroju i szycia, kursy gotowania i racjonalnej gospodarki domowej, organizuje świetlice, teatry amatorskie, naukę śpiewu, biblioteki, w porozumieniu z działem zdrowia urządza konkursy czystości mieszkań itp.

Jak widzimy, dział opiekuńczy rozwija szeroko akcję społeczną i kulturalną, ma ona na celu podnieść zubożałe i niekulturalne rodziny na wyższy szczebel życia. Akcja ta wydaje duże rezultaty, stwarza odpowiednią przyjazną atmosferę dla działalności Ośrodka, podnosi poziom kulturalny i higieniczny życia rodziny.

Na jedną jeszcze b. ważną stronę działalności opiekuńczej chcę zwrócić uwagę, a mianowicie na pomoc mieszkaniową. Bowiem bez dachu nad głową rodzina nie może istnieć. Istniejące na wszystkich Ośrodkach poradnie prawne udzielają pomocy zagrożonym eksmisją, wytaczają procesy o alimenty ojcom ślubnym i nieślubnym, udzielają pomocy i wskazówek w staraniu się o renty inwalidzkie, starcze itp.

Ośrodek udziela pomocy mieszkaniowej dla małżeństw nieślubnych, umożliwiając im połączenie się w związki małżeńskie, co ma wielkie znaczenie moralne, społeczne i higieniczne.

Oto w dużym skrócie zakres działalności opiekuńczej Ośrodka. Akcja ta może być obecnie ściśle skoordynowana z działalnością działu zdrowia dzięki bliskiemu kontaktowi obu działów w jednym Ośrodku.

Ma ona na celu włączenie do obiegu życia społecznego bardzo licznej grupy (bo blisko $^1/_6$ ludności stolicy) upośle-

dzonych przez los bądź to z winy własnej, bądź na skutek kataklizmów społecznych (wojna, bezrobocie itp.); ma ona też bardzo wielkie znaczenie i dla stanu zdrowotnego stolicy. Ta właśnie warstwa najwięcej jest dziesiątkowana przez choroby zakaźne, w tej grupie ludności panuje największa śmiertelność niemowląt, wśród niej szerzy się w zastraszający sposób gruźlica, choroby weneryczne, jaglica i alkoholizm.

Ze stanowiska zdrowotnego i epidemiologicznego stanowi ona stałe niebezpieczeństwo i budzi największą troskę Miejskiej Służby Zdrowia. Słusznie więc Komisja Zdrowia Międzynarodowego Kongresu Służby Społecznej (Londyn 12—18 VII. 1936 r.) uchwaliła następującą rezolucję:

1) Ponieważ ubóstwo jest najpowszechniejszą przyczyną złego stanu zdrowia, służba zdrowia musi ściśle współdziałać z opieką społeczną,

2) najlepszym wyrazem tej współpracy jest Ośrodek Zdrowia i Opieki, które to placówki powinny być szeroko rozpowszechnione.

3) Ośrodek Zdrowia i Opieki może być placówką organów publicznych, albo też organizacji ochotniczej, pod warunkiem że będzie poddany pod kierownictwo organów publicznych i będzie działał w ramach ogólnego planu zdrowia i opieki. Ośrodek Zdrowia i Opieki jest placówką, w której jest miejsce dla wszelkiej inicjatywy.

4) Ośrodki Zdrowia i Opieki powinny się dzielić pracą według terenu; odcinki które obejmują nie powinny być zbyt duże.

5) Pielęgniarki i opiekunki Ośrodków powinny być przeszkolone wszechstronnie i winny opracować przypadki na powierzonym im terenie i ze strony higieny i ze strony opieki społecznej; w zagadnieniach specjalnych powinny mieć możliwość korzystania z porady specjalistów.

6) W mieście pielęgniarki mogą być używane do obsługi rodzin, w których potrzebna jest także pomoc służby zdrowia, a na tym samym terenie rodziny zdrowe mogą być obsłużone przez opiekunki społeczne, absolwentki szkół społecznych.

Współpraca pielęgniarki i opiekunki jest pożyteczna dla stron obu. Na wsi praca pielęgniarki musi wystarczyć dla powierzonego jej odcinka.

7) W pracy Ośrodków Zdrowia i Opieki duży nacisk należy kłaść na profilaktykę psychiczną.

Przytoczyłem dosłownie rezolucje Kongresu dlatego, że inicjatorami i współautorami tych uchwał byli delegaci polscy. Jeden z najlepszych znawców zagadnień służby zdrowia i opieki, kierownik i lekarz naczelny najstarszego Ośrodka Zdrowia i Opieki w Polsce (Amelin), dr Stanisław Stypułkowski, tak sformułował korzyści obecnej struktury organizacyjnej stołecznych Ośrodków Zdrowia i Opieki*).

„Przy tej strukturze organizacyjnej uzyskujemy:

1) jak najdalej idącą koordynację wszystkich wysiłków, najmniejszym kosztem finansowym i najmniejszym wysiłkiem organizacyjnym;
2) jak najdalej idące usprawnienie pracy, wykluczające możliwość podwójnych świadczeń i odwiedzin, zapewniając jednocześnie ujednostajnienie wpływów wychowawczych;
3) wybitne podniesienie wydajności pracy obu działów, zapewniające opiece społecznej prawidłowe rozwiązanie i nakreślenie racjonalnych form postępowania, zaś zdrowiu publicznemu środki materialne niezbędne do wykonania pracy celowej i twórczej“.

Do słów tych nie sposób nic dodać. Słuszność ich potwierdziło doświadczenie lat ostatnich.

---

*) Dr Stanisław Stypulkowski — Zagadnienie współpracy służby zdrowia i opieki w terenie. Referat wygłoszony na „Konferencji Sanitarnej“, poświęconej zagadnieniom zdrowotnym stolicy, w dn. 28—29 marca 1938 r.

ALEKSANDER POŁOŃSKI.

Ośrodek Zdrowia i Opieki a problem koordynacji społecznej akcji opiekuńczej.

Zbędne jest tłumaczyć czytelnikom „Opiekuna“, jak wielkie ma znaczenie działalność obywateli w zakresie opieki społecznej. Pragniemy jedynie zwrócić tu uwagę na konieczność dołożenia wszelkich starań, aby wartość tej działalności nie została w praktyce pomniejszona.

Chodzi mianowicie o to, aby, podobnie jak w działalności agend opiekuńczych samorządu, również działalność opiekuńcza stowarzyszeń, instytucji oraz poszczególnych obywateli nie była rozproszona, lecz przeciwnie, aby była ona skoordynowana — ujęta w jeden wspólny plan.

Dlatego to właśnie powołując do życia instytucję opiekunów społecznych w stolicy (a uchwały w tej mierze zapadły w dn. 17 kwietnia 1935 r. równocześnie z uchwałami o utworzeniu w stolicy Ośrodków Zdrowia i Opieki) powiązano jak najściślej ich organizację z organizacją Ośrodków.

Organizacja opiekunów społecznych jest w stolicy dwustopniowa. Na czele okręgu opiekuńczego stoi opiekun społeczny okręgowy. Okręg dzieli się na obwody, na czele których stoją opiekunowie społeczni obwodowi, podlegli opiekunowi okręgowemu.

W chwili obecnej czynnych jest 10 opiekunów okręgowych i 350 opiekunów obwodowych.

Opiekunowie społeczni działają w łączności z Ośrodkiem Zdrowia i Opieki i to nie tylko w podejmowanych wspólnie z Ośrodkiem akcjach, czy to na rzecz tej samej rodziny, czy pewnych grup mieszkańców okręgu, ale również i w tych wszystkich pracach, które — pod nazwą samopomocy społecznej — prowadzą na własną rękę*).

Sprawa zatem koordynacji pracy Ośrodków z pracami opiekunów społecznych nie nasuwa żadnych zastrzeżeń i uwag krytycznych. Jeśli też o niej tu wspominamy to jedynie dlatego, aby podkreślić, że okres 3½ letniej pracy opiekunów spo-

*) Omówieniu działalności opiekunów społecznych poświęciliśmy specjalny numer „Opiekuna Społecznego“ (nr 3 (18), marzec 1938 r.).

łecznych jest znakomitym dowodem, jak wielkie znaczenie ma nierozpraszanie wysiłków społecznych.

Oprócz jednak opiekunów społecznych czynne są w Warszawie b. liczne instytucje opiekuńcze, stowarzyszenia, związki itp. Sprawa koordynacj działalności tych instytucji z działalnością Ośrodków ma niemniej wielkie znaczenie. Zważyć przy tym należy, że instytucji tych jest bardzo dużo.

Gdy w tak ważnym dla dalszych losów opieki otwartej w stolicy dniu 17 kwietnia 1935 r. decydowane były sprawy podziału miasta na okręgi opiekuńcze, organizowanie Ośrodków Zdrowia i Opieki, powołania opiekunów społecznych, władze miejskie rozpatrzyły również projekt utworzenia w każdym okręgu opiekuńczym Okręgowej Komisji Opieki Społecznej. Zadaniem tej Komisji miało być wydawanie opinii i inicjatywa w zakresie: a) organizacji i sposobu wykonywania opieki na terenie okręgu opiekuńczego i b) koordynowania wykonywanej przez Ośrodki opieki z działalnością opiekuńczą stowarzyszeń i instytucji działających na terenie okręgu. W skład tych Komisji mieli wchodzić przedstawiciele Ośrodków, opiekunowie okręgowi i obwodowi oraz przedstawiciele poszczególnych instytucji i stowarzyszeń.

Postanowienia te jednak nie mogły być zrealizowane, a to z tego powodu, że Samorząd Stolicy nie posiada dotychczas ustawowych uprawnień koordynowania całokształtu prywatnej działalności społecznej. Uprawnienia te przysługują obecnie władzom administracji ogólnej stolicy. Wprawdzie miały być one jeszcze przed kilku laty przekazane samorządowi, ale sprawa ta, z przyczyn od władz miejskich niezależnych, uległa zwłoce. Należy jednak mieć nadzieję, że już w niedługim czasie nie będzie formalnych przeszkód w powołaniu Komisji Okręgowych.

Do tego czasu jednak zarówno Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego, jak i Ośrodki nie rezygnowały z prób skoordynowania wszelkich poczynań w dziedzinie opieki społecznej i zdrowotnej w stolicy. W stosunku do tych stowarzyszeń i instytucji, które korzystają z subwencji, bądź otrzymują całkowity czy częściowy zwrot kosztów udzielanych przez nie świadczeń, sprawa nie nasuwa trudności. Gorzej jest z tymi instytucjami, które podejmują akcję na własną rękę i niejednokrotnie ani słyszeć nie chcą o jakimkolwiek porozumieniu. W stosunku do nich samorząd jest w chwili obecnej zupełnie bezsilny.

Parę słów poświęcić należy koordynacji akcji pomocy społecznej i zdrowotnej, prowadzonej przez instytucje publiczne na terenie poszczególnych okręgów, w pierwszym zaś rzędzie przez Fundusz Pracy. W tej dziedzinie lata ostatnie przyniosły pewną poprawę. Do stanu zadawalającego jest jednak jeszcze daleko. Fundusz Pracy działa przy pomocy innych metod niż samorządowa opieka społeczna, a mianowicie zadawalał się prowadzeniem akcji masowej — rozdawnictwa świadczeń i nie podejmował próby pogłębienia pracy nad rodzinami bezrobotnych.

Stwierdzić należy, że i w tej dziedzinie samorząd nie ma w chwili obecnej ustawowych możliwości, aby wpłynąć na zmianę istniejącego stanu rzeczy.

EMILIA MANTEUFFEL.

Jutro Ośrodków Zdrowia i Opieki.

Jeżeli wyobrazimy sobie całe społeczeństwo jako nawarstwienie różnych grup społecznych, to podstawą, na której całość spoczywa, będzie organizacja życia społecznego taka, jaka wypływa z ustroju społeczno-gospodarczego i dopełniającej go sumy postanowień polityki społecznej państwa.

Im doskonalszy ustrój i pełniej z nim sharmonizowane działanie polityki społecznej, tym ściślejsza, solidniejsza podstawa bytu każdej z grup społecznych, tym mniej w niej dziur i przepaści, przez które poszczególne jednostki i rodziny zapadać się mogą w otchłań niesamowystarczalności i nędzy. Można sobie wyobrazić, że w warunkach idealnych ta podstawa będzie zupełnie ścisła tak, że każdy obywatel mógłby stąpać po niej z pełnym zaufaniem. Dziś jest ona siatką, której oka są ścislejsze pod niektórymi grupami społecznymi, rzadsze pod innymi. Usuwanie się gruntu spod nóg jest zjawiskiem powszednim, dno otchłani zaludnione jest licznymi ofiarami. Ale zapadanie się pod powierzchnię życia następuje nie tylko z powodu niesolidności podstaw bytu, przyczyna tkwi często w samych ofiarach: w ich brakach fizycznych i moralnych, w złym przygotowaniu do życia. Ośrodki Zdrowia i Opieki są placówkami powołanymi do pracy nad podniesieniem wartości materiału ludzkiego i do obrony człowieka przed takimi klęskami jak choroba i nędza wraz z jej wszystkimi destruk-

cyjnymi skutkami. Z natury rzeczy muszą więc pracować przede wszystkim wśród najbardziej zagrożonych; w dzisiejszych czasach dno otchłani jest głównym terenem ich działania. Charakter ich pracy zależy przeto ściśle od warunków, które stwarza ogólna organizacja życia. Wraz z postępującą poprawą gospodarczą i doskonaleniem się systemu ubezpieczeń i one coraz mniej zmuszone będą do walki z destrukcyjnymi skutkami nędzy, a coraz więcej będą mogły poświęcać się swemu właściwemu celowi, tj. uczeniu ludzi dobrej techniki życia, zapobiegającej powstawaniu chorób i degeneracji fizycznej i moralnej. A więc dopiero w warunkach dobrych Ośrodki będą mogły w całej pełni nadać swej pracy jej właściwy, zapobiegawczy charakter. Dziś z konieczności działalność Ośrodków jest jeszcze raczej lecznicza, a walka o to, aby mogła też być zapobiegawczą, wymaga dużego wysiłku.

W tym dążeniu do coraz pełniejszego przystosowania się do potrzeb, a więc do poznania dróg i środków, które pozwolą Ośrodkom przybliżać się coraz bardziej do ideału pracy zapobiegawczej zarówno w dziedzinie zdrowia jak i wychowawstwa społecznego leżą perspektywy ich doskonalenia.

Dotyczy to nie tylko rozbudowanych wielkomiejskich Ośrodków Zdrowia i Opieki, które pierwsze zorganizowała stolica kraju. Struktura Ośrodków jest bardzo giętka dzięki temu, że Ośrodek składa się z całego szeregu ogniw pracy. W miarę narastania ogniw, dopełnia się i rozszerza działalność i wpływ Ośrodka, ale już skromny wiejski zawiązek Ośrodka, w którym uspołeczniona pielęgniarka poza zwykłą działalnością w poradniach, miałaby wpływ na dysponowanie kredytem przewidzianym w budżecie gminnym na opiekę społeczną, stwarza początek pracy planowej, oś, dokoła której mogą się łączyć w całość zorganizowaną rozproszone odruchy uspołeczniena obywateli, związanych przynależnością do danej jednostki terytorialnej. Już sama zasada terenowego podziału pracy pomiędzy Ośrodki popycha ludność zamieszkałą w okręgu przywiązanym do Ośrodka ku regionalnemu ujęciu hierarchii potrzeb w okręgu i planu ich kolejnego zaspakajania. Ma to duże znaczenie praktyczne, nigdzie bowiem, tak jak w pracy społecznej, brak koordynacji i planu nie niweczy wyników najlepszych zamierzeń.

Nie jest więc rzeczą błahą samo zakreślenie okręgu opiekuńczego. Nie może on być zbyt wielki, gdyż wtedy Ośrodek

nie opanuje swych zadań, nadmierny ruch w Ośrodku zmusi do poświęcenia całego czasu na przyjmowanie interesantów i łagodzenie ich zniecierpliwienia, wywołanego długim oczekiwaniem, braknie zaś czasu na sprawy istotne — odwiedziny w terenie i pracę dla interesantów tj. na rzeczywistą pomoc w załatwianiu ich spraw.

Charakter okręgu musi być mniej więcej jednolity, ludność jego nie może tworzyć grup obcych sobie i wrogich. Wielkie są np. różnice między mieszkańcami przedmieść, a mieszkańcami dzielnic centralnych wielkiego miasta. Na przedmieściu, zamieszkałym przez ludność ubogą, potrzebna jest praca intensywniejsza, to też Ośrodki peryferyjne powinny ogarniać obszary mniej rozległe, w centrum miasta, wyposażonym ponadto w lepsze środki komunikacyjne, Ośrodki mogą obejmować większe dzielnice i innym też będzie charakter ich pracy. Przystosowanie się do potrzeb terenu jest łatwiejsze w okręgu jednolitym, a więc lepsze wytyczenie okręgów poprawi warunki pracy Ośrodków.

Jeżeli Ośrodek Zdrowia i Opieki ma być prawdziwym ośrodkiem pracy społecznej w okręgu, musi posiadać zaufanie — zaufanie korzystających z pomocy lub opieki i zaufanie współdziałających z Ośrodkiem obywateli i stowarzyszeń ochotniczych.

Nakłada to duże zobowiązania na pracowników Ośrodka. Nie tylko na kierownika, którego misja wymaga takich przymiotów, jakich wymaga zawód lekarza i wychowawcy i sędziego. Na stanowiskach pracowników terenowych — pielęgniarek i opiekunek — mogą się także znajdować tylko ludzie, którzy poza wymaganym przygotowaniem fachowym mają wysokie kwalifikacje moralne.

Ośrodki Zdrowia i Opieki istnieją w Warszawie zaledwie 3 lata. Krótki to okres dla rozwoju placówki, której doskonałość polega na znakomitym poznaniu potrzeb terenu i stworzeniu organizacji pracy idealnie przystosowanej do potrzeb. Nie wszystkim warszawskim Ośrodkom udało się do dziś to zadanie i dlatego nie wszystkie jeszcze zyskały sobie pełne uznanie ludności. Pierwszy warunek postępu — to odpowiedni dobór personelu terenowego — pielęgniarek i opiekunek miejskich; dalej to stała praca nad doskonaleniem organizacji pracy.

Jako oś organizacji planu wszelkiej pracy społecznej w swoim okręgu Ośrodek musi być sam wzorem dobrej or-

ganizacji pracy. Ludzie, którzy poświęcili dużo uwagi tajemnicy dobrego funkcjonowania poszczególnych placówek i urzędów, wiedzą, że dobry plan organizacji pracy jest wprawdzie czynnikiem niezbędnym, ale jest dopiero kanwą, na której musi powstać pieczołowity haft powiązania wszystkich elementów pracy w harmonijnie wiążący się motyw. Jakże często kanwa, jako plan zasadniczy, leży w kącie jako zapomniana teoria, a praktyka drepcze dalej dawnym, bezładnym trybem. Jest to w Ośrodku nie do pomyślenia; nie tylko muszą być przestrzegane zasady organizacji pracy, ale ani na chwilę nie może ustawać dążenie do takiego zespolenia wszystkich jego ogniw, aby praca każdego z nich pomnażała wyniki ogniw pozostałych.

Ośrodek nie może się ograniczać do dobrego zorganizowania pracy we własnej placówce. Jest nie do pomyślenia, aby obejmując pewien określony teren, Ośrodek nie zajął się ułożeniem regionalnego planu zaspokojenia potrzeb przez instytucje współdziałające w dziedzinie służby opiekuńczej, zdrowotnej i kulturalnej. Wiadomą jest rzeczą, że krótki okres zaniedbania niweczy w rozwoju dziecka wszystkie wyniki osiągnięte przez opiekujące się nim instytucje. Jest to marnotrawstwo najboleśniejszego typu. Jako placówka opieki terenowej, docierająca do każdej niesamowystarczalnej rodziny i jednocześnie placówka centralna, Ośrodek musi osiągnąć powstanie takiej sieci instytucyj w swoim okręgu, aby działalność ich wzajemnie się dopełniała, harmonizując się z pracą Ośrodka.

Ośrodek jako placówka opieki wszechstronnej nad rodzinami musi stale dążyć do dopełnienia środków swego działania, wiodącego do zasadniczego celu, którym jest poprawa bytu rodzin, poprawa warunków fizycznego i moralnego wychowania młodych pokoleń.

Jakimi środkami troski o zdrowie rozporządza dziś Ośrodek? Ma urząd sanitarny, poradnie, ma lekarza ubogich, higienę szkolną, pomoc dentystyczną i inne urządzenia pomocnicze. Znacznie ściślejsze, niż dziś to ma miejsce, powiązanie działalności tych środków walki o zdrowie, z pewnością przyczyni się do powiększenia ich wydajności. Ale, jak powiedziano: Ośrodek musi się troszczyć o koordynację pracy nie tylko własnych swych agend. Dziecko szuka dziś pomocy lekarskiej w różnych miejscach, zależnie od uprawnień, które daje rodzicom ich miejsce pracy. Jest wprawdzie badane przez le-

karza szkolnego 2 razy do roku, posiada w szkole swoją kartę zdrowia, na której notowane są ważne informacje, oświetlające skłonności, słabe punkty w organiźmie. W razie choroby jednak udaje się do lekarza, czy to Ubezpieczalni, czy innej placówki urzędowej pomocy lekarskiej, które z tego ważnego źródła informacyjnego nie korzystają, bo między tą stałą obserwacją, która jest w szkole, a lekarzami leczącymi nie ma żadnego kontaktu. Podjęcie próby powiązania wszystkich punktów opieki lekarskiej nad dzieckiem jest niewątpliwie ważnym zadaniem.

I nie tylko w leczeniu dzieci. Ileż dziś powtórnych zachorowań, ile przerw w kuracji, niweczących osiągnięcia długich i kosztownych pobytów w szpitalu lub sanatorium z ramienia Ubezpieczalni Społecznej, powstałych z tego powodu, że Ubezpieczalnia obecnie ogranicza się do wypełnienia swoich koniecznych obowiązków, ale jeszcze nie przeszła na wyższy, doskonalszy punkt widzenia, którym jest dobro chorego i który koniecznie będzie wymagał skoordynowania działalności Ubezpieczalni z działalnością placówek samorządowych przede wszystkim. Taka koordynacja nie jest rzeczą łatwą i prostą Ośrodki Zdrowia i Opieki są placówkami, poprzez które może się ona dokonać najłatwiej i najprościej.

Dużo pozostaje jeszcze do zrobienia w dziedzinie poprawy warunków lecznictwa i działalności poradni. Nawiązanie ścisłego kontaktu ze szpitalami powinno zapewnić choremu po wyjściu ze szpitala opiekę, która zapobiegnie nawrotowi choroby. Utrzymywanie łączności między Ośrodkami a towarzystwami opieki nad chorymi przy szpitalach nieraz może mieć wpływ dodatni na sam przebieg i okres trwania choroby.

Poradnie przeciwgruźlicze powinny mieć możność posyłania do sanatoriów przede wszystkim lekko chorych, aby umożliwiać im powrót do czynnego życia i zapobiegać rozwojowi choroby póki czas. W każdym okręgu miejskim powinny być zorganizowane mieszkania z pokojami dla samotnych gruźlików, celem zapobieżenia ich przelotnemu zamieszkiwaniu w charakterze sublokatorów przy rodzinach, co przy częstym ich przenoszeniu się, wywołanym chęcią pozbycia się chorego skoro tylko rodzina spostrzeże się, że ma do czynienia z gruźlikiem, stwarza groźne niebezpieczeństwo zarażenia licznych rodzin.

Organizacje społeczne, poświęcające się sprawie walki z chorobami wenerycznymi i zagadnieniom eugeniki powinny

zespolić swą działalność z poradniami przeciwwenerycznymi i wraz z poradniami wejść ze swą akcją propagandową głęboko w teren. Ośrodkowi najłatwiej jest nawiązać kontakt z terenem, jest przeto najodpowiedniejszym miejscem wszelkiego rodzaju poradnictwa i w dziedzinie spraw seksualnych. Opierając się o wszystkie doświadczenia zdobyte w planowej opiece nad młodzieżą i przez poradnie przeciwweneryczne Ośrodki powinny się stać prawdziwymi narzędziami w walce ze zwyrodnieniem rasy.

Poradnie dla matki i dziecka dziś z braku szerszych możliwości obejmują tylko dzieci do lat 2. Opieka ich powinna się rozciągnąć na dzieci do lat 7, a na razie do lat 3 — wieku przedszkolnego — przynajmniej.

Szeroka droga jest przed Ośrodkami w dziedzinie wychowywania ludności do czystości, zamiłowania w estetyce mieszkań i ich otoczenia — miast i wsi. Przykładów możliwości rozwoju dzisiejszej działalności Ośrodków możnaby przytoczyć wiele, szczególniej, że różne Ośrodki rozpoczęły już — przeważnie z powodzeniem — próby działalności w różnych kierunkach. Mało, jak dotąd, rozwinięta jest przy Ośrodkach opieka specjalna nad ociemniałymi, anormalnymi, głuchoniemymi, kalekami itp. Podjęcie prób w tym kierunku i zdobycie doświadczeń jest również zadaniem przyszłości.

Dużo jest jeszcze do zrobienia w nie mniej ważnej sprawie wychowania dzieci i młodzieży. W okręgu rozrzucone są różne instytucje kulturalno-oświatowe. Jednych jest brak zupełny, innych jest — może — za dużo. Zbadania potrzeb i zorganizowania dopełniającej się sieci instytucyj może podjąć się tylko placówka centralna, jaką jest Ośrodek.

Co więcej, Ośrodek musi być wychowawcą wychowawców dziecka, tj. jego rodziców i przewodnikiem po wszystkich ścieżkach prowadzących z domu dziecka do instytucyj i łączących je między sobą. Czuwać, by do instytucji doprowadzone zostało dziecko rodziców ciemnych, niedbałych lub zbyt ubogich, by wyposażyć dziecko na drogę. Usuwać przeszkody normalnego korzystania z instytucyj, a przede wszystkim ze szkoły, którą dziecko często opuszcza z powodu przekroczenia wieku bez ukończenia, choć zajmowało w niej miejsce nie 7 lat a 10 lub 12 dlatego, że nie miało butów lub podręczników. W dziedzinie pracy kulturalnej ogromne jest pole dla działalności koordynacyjnej. Brak porozumienia między świetlicami różnych organizacyj społecznych nieraz przekreśla

wszelkie wysiłki wychowawcze przez to, że młodzież należy do wszystkich organizacyj, ale w każdej z nich bywa tylko na tańcach i zabawach.

Ludzie w Polsce tak źle się dziś odżywiają i mieszkają, obyczaje ich tak są sprzeczne ze wskazaniami higieny, nie tylko dlatego, że ich nie stać na lepszy poziom życia. Dzieje się tak w dużej mierze dlatego, że ich do obecnego niskiego poziomu przykuwa ciemnota. A zatem czy można sobie wyobrazić walkę Ośrodka o zdrowie , o poprawę warunków wychowawczych nowych pokoleń bez walki z ciemnotą? Nieliczne dotychczasowe próby w Ośrodkach wykazały, że oddziaływanie kulturalne nadzwyczaj szybko zmienia stosunek ludności do Ośrodka i ułatwia pracę w poszczególnych dziedzinach służby Ośrodka.

Nie można osiągnąć pełnych wyników w dziedzinie służby zdrowia, ani w dziedzinie usamodzielnienia materialnego, jeżeli pomoc ta nie jest poparta przez oddziaływanie kulturalne. Prawdziwy Ośrodek nie może pozostać nadal tylko Ośrodkiem Zdrowia i Opieki, musi przekształcić się na, w całym tego słowa znaczeniu, Ośrodek Zdrowia, Opieki i Kultury.

I jeszcze jedno rozbicie, które dziś hamująco wpływa na podciąganie wzwyż dna społecznego, ustać musi w przyszłości. Dobrą jest rzeczą, że rodziny pełne, w których oboje żywiciele zdolni są do pracy i w sile wieku, mogą z ramienia Funduszu Pracy otrzymywać tylko świadczenia odpłatne. Ale jest źle, że świadczenia udzielane przez Fundusz Pracy maja charakter pomocy masowej, pozbawionej wszelkich cech oddziaływania wychowawczego i nie przystosowanej indywidualnie do potrzeb każdej z rodzin. Źle jest, że masowa pomoc żywnościowa udzielana jest w tej formie, że zmusza matkę do pozostawiania dzieci bez opieki i wystawania w ogonku z garnkiem w ręku, w oczekiwaniu na wydanie „zupy komitetowej". Źle jest, że hurtem z Pomocy Zimowej wydawana odzież przeważnie bywa rozsprzedawana wyczekującym zaraz za progiem handlarzom, bo rozdający nie znają potrzeb, a biorący chwytają byle co, gdyż z góry mają na myśli sprzedanie tych rzeczy na wódkę.

Rodziny, dziś wspierane przez Fundusz Pracy tym bardziej powinny być objęte pomocą indywidualną i wszechstronną, stosowaną wg. metod Ośrodków, acz na zasadzie odpłatności i w rozmiarze zdobytym własną pracą, bo są to rodziny, które łatwiej jest prowadzić do usamodzielnienia, niż rodziny

uprawnione do pomocy gminy. Tym większa szkoda, że na demoralizujący wpływ pomocy masowej wystawione są właśnie te rodziny, w których jest na czym budować, które, poparte w sposób właściwy, mogą w czasie stosunkowo szybkim uzyskać pełną wartość społeczną. Wydaje się wskazanym, aby Fundusz Pracy w przyszłości przekazał fundusze, przeznaczone obecnie na organizację wydawania świadczeń i na same świadczenia tym samorządom, które są na to przygotowane. Dzięki temu Ośrodki mogłyby odpowiednio powiększyć swój aparat, a pomoc dla rodzin bezrobotnych byłaby udzielana w rozmiarze odpracowanym, podanym Ośrodkowi dla każdej rodziny przez Fundusz Pracy, tylko według metod, które jedynie wytrzymały próbę życia.

A teraz wyobraźmy sobie, że oczekiwana poprawa już nastąpiła we wszystkich dziedzinach życia. Zacieśniły się oka podstawy bytu dla wszystkich grup społecznych. Każdy starzec lub inwalida, niezależnie od tego czy pracował w przemyśle czy na roli, czy był chałupnikiem, czy miał własny warsztacik, każda wdowa i każda sierota ma swoją pensyjkę, która byt zapewnia. Każda rodzina ma własne higieniczne i estetyczne mieszkanie, którego ognisko rozgrzewa w dzieciach wiarę w dobrą przyszłość i miłość do kraju.

W kraju nie ma bezrobocia.

Jednak właściwa losom ludzkim różnorodność i zmienność sprawia, że i na powierzchni, wśród najbardziej uregulowanych warunków życia nieuniknione są załamania, wymagające czasowej pomocy, jako środka zapobiegawczego przeciwko zapadnięciu w stan, który będzie wymagał długotrwałej opieki. Są ludzie przynoszący ze sobą na świat obciążenia, które sprawiają, że przez całe życie będzie im potrzebna opieka, jednak normalny obywatel powinien doznać pomocy społecznej w chwili, kiedy zły los się na niego sprzysięga, nim zdławi go tak, że już nie zdoła odzyskać pełni swych sił.

I nie tylko w chwili załamania.

Najlepsze ustroje i urządzenia społeczne są zawsze tylko ową kanwą, na której obywatele haftują wzór swej twórczości. Najlepsze urządzenia społeczne nie zapobiegają upadkom człowieka, który nie umie żyć i który nie ma się kogo poradzić, nim popełni błąd, za który potem przyjdzie mu drogo płacić.

Szkoła życia, którą powinny być Ośrodki Zdrowia, Opieki i Kultury stokrotnie się zawsze opłaci społeczeństwu.

W Londynie, w dzielnicy robotniczej, jest już dziś taki Ośrodek. Interesuje się rodzinami. Głosi, że najlepiej dopomoże tym rodzinom, które się u niego zapiszą już jako para narzeczonych. Bada ich zdrowie, warunki życia i pracy, zdrowie i tryb życia przodków. Wysnuwa obraz wszelkich predyspozycji, ostrzega, kieruje do specjalisty wtedy, kiedy jeszcze przyszły pacjent sam nie wie, co mu zagraża. Uczy matki nie tylko higieny, ale i wychowania dziecka. Obok sal dla dorosłych są i sale dla dzieci, gdzie matki uczą się walczyć z tyranią swych dzieci, przekształcać swą ślepą, przyrodniczą miłość na rozumną służbę wychowawczą.

Są i sale i urządzenia sportowe wspólne dla różnych poziomów wieku, gdzie dorośli uczą się przebywania z dziećmi, a dzieci z dorosłymi. Dorośli uczą się też obcowania ze sobą. Przygodny, zapytany przeze mnie członek Ośrodka powiedział: dopóki nie należeliśmy do Ośrodka byliśmy w tym wielkim mieście zupełnie sami. Teraz mamy przyjaciół i wiemy, co winni jesteśmy naszemu otoczeniu.

Kierownik i inni pracownicy Ośrodka szeroko pojmują swoje poradnictwo. Znają wszystkie instytucje, mają kontakty nawet z życiem gospodarczym, w razie potrzeby poradzą, jaka szkoła najodpowiedniejsza jest dla danego dziecka, jaki klub dla ojca lub matki, w jakim przedsiębiorstwie najlepiej ulokują swoje pieniądze tak, aby połączyć swoje zainteresowania ze staraniami o oszczędności.

Służba informacyjna rozwinięta jest szeroko i obejmuje najróżniejsze dziedziny życia. Ośrodek stara się zapobiec poczuciu bezradności swych członków zarówno w drobnych kłopotach, jak i w sprawach wielkiej wagi, w których człowiek tak bardzo pragnie doświadczonej i obiektywnej rady.

Musimy sobie też wyobrazić, że w takim Ośrodku przyszłości stosunek Ośrodka do ludności jest znacznie mniej niż dziś patronalny, a stosunek ludności do Ośrodka bardziej świadomie współdziałający. Możliwym jest nawet, że Ośrodek mógłby się stać instytucją w pewnej mierze samowystarczalną, utrzymującą się ze składek zrzeszonych obywateli okręgu. Obywatele ci mogliby wybierać swoich przedstawicieli, których grono popierałoby Ośrodek w jego pracach i stanowiłoby łącznik pomiędzy Ośrodkiem a ogółem mieszkańców okręgu we wszystkich poczynaniach, wymagających szerszej akcji zbiorowej.

Dlaczego miałoby zawsze być tak, że obywatele nie rozumieją ważności obrony przed chorobami zakaźnymi i pożytku i przyjemności z czystego obchodzenia się z produktami spożywczymi, a Urząd Sanitarny musiałby zawsze występować w roli kontrolera, szafującego mandatami karnymi wśród obojętnego ogółu? Przeciwnie, kiedyś może być tak, że sprawy te będą jednym z najważniejszych motywów zrzeszania się obywateli i że ogół zrzeszony sam będzie występował z nowymi żądaniami, zabezpieczającymi higienę społeczną, a każdy zrzeszony będzie współdziałał z jej oficjalnymi stróżami.

W przyszłości zmieni się też pewnie rola opiekuna społecznego. Niektóre zadania przypadną może przedstawicielom zrzeszonego okręgu, mianowicie te wszystkie, które mają charakter łącznikowy przy poczynaniach zbiorowych. Inne, o charakterze samopomocy społecznej i wymiany usług przypadną członkom zrzeszonym. Do tego rodzaju służby należeć będzie zaopiekowanie się domem chorej matki rodziny, korepetycje dla mniej zdolnych dzieci, przyjęcie do rodziny na kilka godzin dnia dziecka matki pracującej poza domem itp.

Praca Ośrodków jest dziś trudna z powodu małego uświadomienia obywateli. Ale jak w każdej instytucji użyteczności publicznej zwiększy ogromnie swą wydajność i użyteczność wraz z rosnącym uświadomieniem, które nie może nie poprzeć instytucji, służącej tak ważnym i bliskim każdej rodzinie sprawom.

IRENA SCHULTZ.

Postawa pracownika społecznego.

Służba społeczna nie jest rzemiosłem: stała się zawodem, ale pozostaje przede wszystkim — powołaniem.

Paweł Doumergue.

Nie tak dawno jeszcze nazwa „urzędnik magistracki" była synonimem niedbalstwa, chaotycznej gospodarki i bezmyślnej biurokracji. I jeżeli w wielu dziedzinach życia miejskiego działalność „urzędnika magistrackiego" była szkodliwa, to już w zakresie opieki społecznej, gdzie treścią każdej sprawy jest Człowiek, stawała się wręcz krzywdzącą. Dlatego też z prawdziwym zadowoleniem obserwujemy, że od kilku lat na tle powszechnego odradzania się personelu miejskiego zarysowuje się coraz bardziej dodatni typ pracownika na najbardziej odpowiedzialnym odcinku — w służbie pomocy społecznej

(Na marginesie tylko naszego artykułu zanotujemy, że mimo podniesienia się poziomu tego pracownika stosunek ogółu społeczeństwa do niego jest w dalszym ciągu krytyczny i niechętny).

Z troską i zrozumiałą ostrożnością patrzymy na kandydatów do tej trudnej pracy. Każdy z nich musi przede wszystkim wiedzieć, że nie przychodzi na posadę, a do twardej i ciężkiej służby. Że wymaga ona całkowitego podporządkowania naszego „ja" jej zamierzeniom, a jednocześnie umiejętności radowania się dodatnimi wynikami pracy i innych. Bo w służbie społecznej nie może być mowy o osobistych sukcesach — są tylko dobrze lub nieudolnie wykonane zadania. Kandydatowi do służby uświadamia się, że wymaga ona codziennego wkładu psychicznych i fizycznych sił, którego przeważnie nie kompensuje niskie uposażenie. Ze strony zaś tych, dla których pracować będą spotka ich często niechęć, obelga a nieraz nawet i czynna zniewaga.

Stawiamy jasno sprawę, że służbę społeczną może wykonać sumiennie tylko ten człowiek, który dojrzał już do samokontroli, gdyż najlepiej pomyślana forma organizacyjna, najprzejrzyściej skonstruowane sprawozdanie nie wykaże nigdy nic więcej ponad to, ile jakich dokonał pracownik czynności. Nie da natomiast najważniejszej odpowiedzi — jak dana praca była

wykonana. Widzimy zatem, że w służbie społecznej kontrolą i sądem poczynań i działania pracownika jest jego własne sumienie.

W tych warunkach jedynym ekwiwalentem może być spokój sumienia i wewnętrzne zadowolenie, jakie daje dobrze spełniony trudny obowiązek.

Właściwy stosunek do człowieka jest podstawą i kardynalnym warunkiem powodzenia pracy społecznej. Dlatego też cały personel Ośrodka musi być pełnowartościowy pod względem osobistym i społecznym, począwszy od kierownika, kończąc na woźnym. Trzeba sobie jasno zdać sprawę, że już od tego, jak przyjmie podopiecznego poczekalnia, tzn. jak ustosunkuje się do jego braku uświadomienia, bierności, lub w jaki sposób zareaguje na jego brutalność woźny — takim wejdzie do pokoju opiekuna czy referenta.

Krótko mówiąc — najważniejszą w służbie społecznej jest postawa pracownika.

Zanim przystąpimy do istoty postawy i jej zasadniczych elementów należy słów kilka powiedzieć o powołaniu.

Nie ulega wątpliwości, że powołanie w służbie społecznej bardziej niż w każdej innej dziedzinie jest cenne. Mieć je będzie częściej altruista, niż wysuszony przez egoizm człowiek. Ale i sam altruizm w służbie społecznej może się okazać szkodliwy. Potrzebna jest tu równowaga serca i rozumu — nie trzeba bowiem zapominać, że i sercem można skrzywdzić.

Istotą postawy pracownika społecznego będzie rozumna, świadoma swej roli wychowawczej życzliwość do człowieka, oparta na zrozumieniu jego potrzeb i możliwości, mająca na uwadze poszanowanie godności ludzkiej. To jest punkt wyjścia. Forma postawy będzie różna, uzależniona jest ona bowiem od typu psychofizjologicznego podopiecznego, oraz rodzaju jego choroby społecznej. Parafrazując znane powiedzenie Taylor'a, będzie to właściwa postawa we właściwej chwili. Im więcej wiedzy o człowieku, tym odpowiedniejszą jest wobec niego postawa. Wiedzę o człowieku dadzą: teoria pracy społecznej, doświadczenie, samokształcenie, znajomość psychologii i umiejętność wychowawczego oddziaływania na środowisko. Teoria postawiona została na pierwszym miejscu nie z tytułu prymatu, ale w uznaniu jej konieczności. Na samej jednak teorii niepodobna oprzeć pracy społecznej. To też człowiek, choćby w dwa uzbrojony dyplomy, dla dobra służby i swego — po-

winien ograniczyć się na początku do praktyki, obserwacji, a przede wszystkim — samokształcenia. I dopiero, kiedy życie da mu jeden z najistotniejszych dyplomów, a będzie nim doświadczenie, może rozpocząć samodzielną pracę, nie zapominając jednak, że nieustanne przemiany form życia społecznego wymagają od niego ciągłego kształcenia się.

Konieczność doraźnego rozwiązywania zagadnień wymaga częstokroć zasięgnięcia opinii znającego daną sprawę współtowarzysza pracy — niekiedy wypadnie nawet szybkie zorganizowanie konsylium społecznego. Pracownik społeczny musi korzystać z doświadczenia innych i dzielić się własnym.

I tu przewidzieć trzeba okoliczność, że życie zaskakując wypadkami, postawić może obok nas w szeregu jako towarzysza pracy człowieka innej kultury, charakteru, temperamentu, albo poprostu obcego nam duchowo.

Nie zapominajmy wówczas — że koleżeńskość w imię dobra służby jest nakazem, a kto nie potrafi go wykonać — musi odejść — dla zachowania rytmu niezbędnego do harmonijnej pracy.

Pracownika społecznego obowiązuje równość podejścia do podopiecznych — niezależnie od ich przekonań politycznych, narodowości czy wyznania. Ważnym jest jedynie rodzaj społecznego cierpienia, które reprezentują. Jak sanitariusza, dla którego na pobojowisku nie istnieją „my" i „oni" — tylko ranni. Kto w służbie społecznej czuje inaczej — ten nie jest społecznikiem.

Ponieważ, celem służby społecznej jest podniesienie człowieka, dlatego wkłada ona na pracownika specjalnie trudne i odpowiedzialne obowiązki. Najtrudniejszą, wymagającą wczucia się w sytuację i dużego doświadczenia, jest konieczność stawiania diagnozy społecznej. Ciągłe narady z własnym sumieniem i czuwanie, aby z ograniczonych zasobów finansowych nie skorzystał wyzyskiwacz lecz naprawdę potrzebujący. Nie mniej ciężkim zadaniem jest nieustanne wnikanie w stany psychiczne innych, wyszukiwanie czynników pobudzających wolę człowieka i nastawianie tej woli we właściwym, budującym kierunku. W tej płaszczyźnie działalność pracownika społecznego nie może być „masówką", gdyż każdy zgłaszający się o pomoc — to nowe, odrębne, wymagające odpowiedniej postawy i metod działania zagadnienie. I czy służba społeczna nosić będzie charakter pomocy, czy opieki musi skompensować

narówni z brakami materialnymi i moralne. Denison powiada, że „udzielanie samej tylko pomocy materialnej byłoby błędem". Dziś wiemy, że jest to nawet szkodliwe. Doświadczenia mówią nam, że uaktywnienie i podniesienie człowieka nie da się zrobić w żadnym wypadku tą czy inną sumą, ale przede wszystkim dokonywa się wkładem moralnym społecznego pracownika. Dlatego też jedynie ludzie o głębokiej wewnętrznej wartości i ogromnej psychicznej wytrzymałości mogą sprostać tym zadaniom.

Niejednokrotnie już przekonywaliśmy się, że rezultaty pracy nad człowiekiem są w ścisłej zależności od codziennej, ofiarnej umiejętności dawania z siebie pracownika społecznego.

Na tych to niepisanych moralnych budżetach pracownika opiera się służba społeczna i dzięki nim realizuje swe programy.

Tu przystańmy na chwilę i przyjrzyjmy się człowiekowi, przy podniesieniu którego działa pracownik społeczny. Bierność, niska kultura, niezaradność, kłamliwość, przygnębienie ciężarem kilkuletniego nieraz bezrobocia, niezdolność do najmniejszego wysiłku zakrzątnięcia się koło swoich najprymitywniejszych choćby spraw. Tych właśnie ludzi pracownik społeczny przekonać musi, póki nie uwierzą, że sytuacji bez wyjścia nie ma, bo każda, choćby najtrudniejsza, najcięższa w życiu chwila jest nasycona możliwościami. I, że wielkość każdego nieszczęścia uzależniona jest od naszej względem niego duchowej postawy.

Ludzi tych pracownik społeczny musi wychować — wiemy, jak trudno wychować dobrze dziecko — cóż dopiero mówić o człowieku dorosłym — w dodatku niepełnowartościowym.

Dla skuteczności pracy wychowawczej postawa pracownika społecznego musi mieć w każdej sytuacji coś z autorytetu. Autorytetu płynącego nie z zajmowanego stanowiska, a wartości wewnętrznych. Codziennie rozpoczynając służbę, przestaje pracownik społeczny należeć do siebie, największe własne jego troski przestają istnieć. Natomiast całą uwagę kieruje na wyszukanie sposobów, za pomocą których wykrzesze utajone w człowieku, a niewykorzystane możliwości. Nie wolno mu również zapominać, że każda udzielona pomoc, poza polepszeniem dnia dzisiejszego, musi przygotowywać jutro. Spotka go przy tym niechęć, złość, często obelga. Trudno. Pra-

cownik społeczny — to jedyny urzędnik, który nie tylko nie powinien, ale nie może się obrażać. Ale to nie wszystko.

Poza trudnościami służby istnieją jeszcze jej niebezpieczeństwa. Czyhają one na każdego pracownika Ośrodka. Jednak ze wszystkich najbardziej narażonym jest zawsze opiekun i pielęgniarka udający się codziennie w teren. Już samo pokonywanie nieobsługiwanych przez tramwaje przestrzeni jest trudne i wyczerpujące. A potem cierpliwe, pracowite wędrówki po oślizgłych z brudu schodach na poddasza i te w dół do mrocznych cuchnących suteryn — gdzie jedynym towarzyszem jest latarka. Praca ta wymaga już nie tylko wytrzymałości psychicznej, ale i dużej odporności fizycznej oraz umiejętności opanowywania odruchów. Zwróćmy uwagę jeszcze na jedno, że awanturnik, czy wykolejeniec a czasem poprostu zdesperowany człowiek czuje nieraz rodzaj onieśmielenia, znajdując się na terenie Ośrodka — natomiast u siebie jest pewniejszy i groźniejszy zarazem. Żywi przy tym niechęć do lepiej, w jego pojęciu, sytuowanych. A ten co do niego przyszedł — jest właśnie „na posadzie".

Stając przed drzwiami — nie wie odwiedzający, kto jest za nimi — czy awanturnik, bandyta, czy może nie mniej groźny chory zakaźnie, psychicznie. Ale niezależnie od tego, czy za drzwiami panuje cisza, czy dochodzą przekleństwa, krzyki — nie może się zastanawiać nad tym, co go czeka — musi wejść. Bo za tymi drzwiami jest ludzkie nieszczęście. Musi iść naprzeciw każdej sytuacji i starać się ją opanować. Tu kończy się już ofiarność, a zaczyna się bohaterstwo.

I nie będzie apoteozowaniem pracownika społecznego, tylko stwierdzeniem rzeczywistości, że służba społeczna wymaga na codzień odwagi i ofiar. Mamy liczne jednego i drugiego przykłady. Dowiaduje się o nich społeczeństwo z lakonicznych notatek drukowanych przeważnie petitem. Nierzadko okaleczenie pracownika powoduje niezdolność do pracy lub kończy się śmiercią. Godnym uwagi jest fakt, że jeśli niezdolność pracownika okazała się czasową zwykle wraca on na swoje miejsce. Jeśli zaś nie on, inny wyrówna szeregi.

Wiemy — taka jest już ludzka psychika, — że normalnie bodźcem do pracy będą jej owoce. A więc oczy rzemieślnika uraduje dzieło jego rąk. Zadowolenie da obrońcy widok zwolnionego klienta. Wszedł w kajdanach — wychodzi wolny. Nawet lekarz — reprezentant tego odpowiedzialnego, ciężkiego

i może najbardziej „społecznego“ z zawodów, ma swoje chwile radości — powrót chorego do zdrowia. W służbie społecznej podnietą do pracy będą przede wszystkim jej ogromy, bo podniesienie człowieka wymaga wiele żmudnych wysiłków i starań i następuje bardzo wolno. I tu właśnie broni pracownika przed załamaniem się jego własna, pełna ofiarności postawa i świadomość, że każdy uratowany dla społeczeństwa człowiek — to nie tylko on, a cały szereg zazębiającycych się o niego jednostek, na które dobroczynnnie czy destrukcyjnie działa.

Jest jeszcze do zwalczenia pokutujący w społeczeństwie, a krzywdzący pracownika społecznego zawodowego przesąd.

W opinii publicznej społecznikiem jest np. prezes mało pożytecznego towarzystwa, którego działalność jest często tylko fikcją, natomiast oddany służbie społecznej pracownik społeczny z tytułu pobieranego przez niego, przeważnie nieznacznego, uposażenia, jest uważany tylko za urzędnika w ciasnym, biurokratycznym tego słowa znaczeniu. Tymczasem z punktu widzenia dobra służby społecznej, zarówno szkodliwym jest drzemiący prezes, jak i może sprawnie, ale jedynie urzędowo załatwiający sprawę, pracownik Ośrodka.

Trzeba sobie otwarcie powiedzieć, że społecznikiem jest ten, kto potrafi sumiennie wykonać włożony na siebie obowiązek służby społecznej — nie zaś kto honorowo, czy płatnie pracuje.

Przed pracownikiem społecznym leżą wielkie zadania — przetworzenie środowisk poprzez jednostkę. Przestawienie psychiki społeczeństwa z ciasnej bocznicy egoizmu na szerokie tory współodpowiedzialności i solidarności społecznej.

Wydawca: Zarząd Miejski w m. st. Warszawie
Redaktor: Tytus Czaki.
Redakcja i Administracja ul. Złota Nr 74, tel. 6-98-29
Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego

Prenumerata roczna 4 zł. Cena pojedyńczego egzemplarza 40 gr
Prenumeratę wpłacać należy na P. K. O. Nr 7000.
Zarząd Miejski w m. st. Warszawie, Wydział Finansowy
Administracja „Opiekuna Społecznego".

Nadesłanych rękopisów Redakcja nie zwraca.

Przedruk artykułów dozwolony bez podania źródła.

1978. Drukarnia Miejska, Warszawa, ul. Miodowa 23, tel 11-04-10.

ZWIEDZAJCIE WYSTAWĘ

WARSZAWA

WCZORAJ

D Z I Ś

J U T R O

w dni powszednie prócz poniedziałków
w godz. 9—14 i 17—21

w niedziele i święta w godz. 9—15 i 16—21

w gmachu Muzeum Narodowego Al. 3-go Maja 13

Na wystawie tej w salach wystaw czasowych na parterze mieści się

DZIAŁ OPIEKI SPOŁECZNEJ i ZDROWOTNEJ

W S T Ę P B E Z P Ł A T N Y

W E W T O R K I 20 G R O S Z Y